

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**NECESSIDADES PSICOLÓGICAS E REGULAÇÃO
EMOCIONAL NA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-
COMPULSIVA**

Isabel Morgado Cardoso Costa

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa)**

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**NECESSIDADES PSICOLÓGICAS E REGULAÇÃO
EMOCIONAL NA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-
COMPULSIVA**

Isabel Morgado Cardoso Costa

Dissertação orientada pela Prof^ª. Doutora Maria João Afonso

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa)**

2015

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria João Afonso pela sua preciosa orientação, disponibilidade e esclarecimentos.

Ao Professor Doutor António Branco Vasco pelas suas importantes sugestões na especificação do tema e objetivos na fase inicial desta investigação.

A todos aqueles que tornaram esta investigação possível ao disponibilizarem o acesso aos seus pacientes. Particularmente à Dra. Catarina Soares e à Dra. Elisa Jorge por terem proporcionado as condições necessárias à recolha de dados no Hospital Júlio de Matos e no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, respetivamente.

A todos os amigos e colegas pela presença e apoio ao longo destes 5 anos, de entre estes destaco a Margarete Santos e a Carla Carvalho pela presença constante, cumplicidade e interajuda. À Carla, ainda, o meu obrigado pela ajuda na tradução do resumo para o Inglês.

À colega e amiga Ana Margarida Santos pelo seu companheirismo ao longo deste último ano letivo.

Aos meus irmãos pelo constante apoio nos momentos difíceis ao longo da minha vida e particularmente nestes últimos cinco anos.

Aos meus falecidos pais pelo apoio, confiança e amor incondicional que tão bem souberam manifestar e que permanece vivo nas minhas memórias e representações.

Ao meu filho André pela alegria, boa disposição, traquinices ...por tudo.

Ao Nuno, meu marido, pelos incentivos, apoio e presença constante nos bons e maus momentos. Dedico-lhe esta tese.

A todos aqueles que se disponibilizaram para responder aos questionários, particularmente aos pacientes com POC. O meu muito obrigado!

“A imaginação é mais importante que o conhecimento.

O conhecimento é limitado.

A imaginação envolve o mundo.”

Albert Einstein

Resumo

A Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC) é uma perturbação de etiologia complexa e ainda pouco conhecida, mas pensa-se poder ter na sua origem diversos fatores genéticos e ambientais. As intervenções clínicas, embora tenham um papel significativo na redução dos sintomas da maioria dos pacientes, continuam a apresentar resultados limitados. Tendo em conta que esta perturbação tem sido sobretudo estudada e concetualizada em termos cognitivos e comportamentais, havendo uma escassez de investigação que a aborde com recurso a variáveis integrativas, considerou-se pertinente contribuir para colmatar esta lacuna procedendo a um estudo que incluísse este tipo de variáveis. Com esse intuito, recorreu-se ao Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP) (Vasco, 2005), o qual teoriza a perturbação e a saúde mental com base em variáveis integrativas e transversais, como as Necessidades Psicológicas e o Sistema Emocional. Colocou-se como principal objetivo deste estudo contribuir para uma compreensão mais alargada da POC, no que respeita a determinadas características psicológicas: regulação das necessidades psicológicas, perfis de discrepâncias das necessidades e dificuldade de regulação emocional. Utilizou-se uma metodologia quantitativa, com base num protocolo de quatro questionários de autorrelato. A amostra total incluiu 106 indivíduos, mas para a comparação entre o grupo clínico (com diagnóstico de POC) e o grupo não clínico utilizou-se duas subamostras homólogas em termos de dimensão ($n=24$) e de características sociodemográficas. As previsões desta investigação iam no sentido de existirem diferenças significativas entre os dois grupos relativamente às variáveis estudadas e os resultados confirmaram estas previsões. O Grupo clínico mostrou significativamente mais dificuldade em regular as emoções e as necessidades psicológicas, apresentando um estilo de perfil de discrepância não adaptativo, quando comparado com o grupo não clínico. Conclui-se que a inclusão destas variáveis na concetualização da POC pode fundamentar intervenções mais holísticas e adequadas a esta população, com ganhos que se preveem significativos a nível terapêutico.

Palavras-Chave: Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC), Regulação Emocional, Necessidades Psicológicas, Perfis de Discrepância das Necessidades Psicológicas.

Abstract

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) has a very complex and still little known etiology, although several genetic and environmental factors are believed to be related to it. Although clinical intervention have a significant role in decreasing the symptoms for most patients, they still present limited results. Taking into account that OCD research and conceptualization have been mostly cognitively and behavioral oriented, and the fact that few studies adress OCD using an integrative framework regardin psychological variables, it becomes pertinent to contribute to decrease this gap, by studying OCD using psychological integrative variables. To that end, the Paradigmatic Complementarity Model (PCM) (Vasco, 2005) was used, theorizing disorder and mental health based on integrative and transversal variables, such as Psychological Need and Emotional System. Therefore, the main goal of this study is to contribute to a larger comprehension of OCD, regarding certain psychological characteristics: psychological needs regulation, discrepancy needs profiles_and emotional regulation difficulties. A quantitative methodology is used, based on a four self-report questionnaire protocol. The sample comprised 106 subjects. Regarding the comparison between the clinical group (OCD diagnosed) and the non-clinical group, two sub-samples were used in terms of dimension (n=2) and socio-demographic characteristics. This study forecasts were that significant differences were be found between both groups, regardin the studied variables and the results confirmed the expected. The clinical group showed significantly more difficulty regulating emotion and psychological needs, presenting a least adaptive discrepancy profile, compared to the non-clinical group. The conclusion is that the inclusion of these variabels in OCD conceptualization can support more holistic and adequated interventions, with significant therapeutic benefits.

Key-words: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Emotional regulation, Psychological needs, Discrepancy psychological needs profiles.

Índice Geral

Página

Introdução	1
Enquadramento Teórico	2
1. Perturbação Obsessivo-compulsiva.....	2
1.1. Critérios de Diagnóstico.....	3
1.2. Quadro Clínico da Perturbação Obsessivo-compulsiva.....	3
1.3. Comorbilidades na POC e Diagnóstico Diferencial.....	5
1.4. Epidemiologia.....	6
1.5. Etiologia.....	7
1.6. Modelos de Intervenção Psicoterapêutica.....	8
2. Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP): Necessidades Psicológi- cas.....	11
2.1. Teorias das Necessidades Psicológicas.....	11
2.2. Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas.....	13
2.3. Perfis de Discrepâncias das Necessidades Psicológicas.....	15
3. Regulação emocional.....	17
3.1. Relação entre Necessidades Psicológicas e Sistema Emocional segundo o MCP.....	17
3.2. Modelo Multidimensional de Regulação Emocional de Gratz e Romer (2004).....	18
3.3. Relação entre Regulação Emocional e Psicopatologia.....	20
3.4. Regulação Emocional e POC.....	21
4. Problemática, Objectivos e Hipóteses.....	23
Método	25
1.1. Participantes	25
1.2. Procedimentos	26
1.3. Medidas.....	27
1.3.1. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptoms Inventory - BSI).....	28
1.3.2. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – EDRE.....	29
1.3.3. Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades – ERSN-43.....	30

1.3.4. Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades – EPDN-67	32
1.4. Técnicas de Tratamento de Dados.....	34
Resultados	34
1. Comparação inter-grupos	34
1.1. Sintomatologia	35
1.2. Dificuldades de Regulação Emocional	36
1.3. Regulação da Satisfação de Necessidades Psicológicas	37
1.4. Perfis de Discrepâncias das Necessidades Psicológicas.....	38
2. Estudo das Correlações.....	39
2.1. Correlações entre as dimensões do BSI	39
2.2. Correlações entre as dimensões da EDRE	39
2.3. Correlações entre as escalas da ERSN-43.....	40
2.4. Correlações entre as escalas da EPDN.....	41
2.5. Correlações entre a EDRE e o BSI.....	42
2.6. Correlações da EDRE com a ERSN-43 e as Polaridades.....	42
2.7. Correlações entre a ERSN-43 e o BSI.....	43
2.8. Correlações entre a EPDN e o BSI.....	44
2.9. Correlações entre a EPDN e a EDRE.....	45
2.1.0. Correlações entre a EPDN e as sete Polaridades dialéticas.....	46
2.1.1. Diagrama de extremos e quartis dos perfis de discrepância.	48
Discussão.....	50
Conclusões.....	60
Referências Bibliográficas	63
Anexos.....	72

Índice de Quadros

	Página
Quadro 1. <i>Caracterização sociodemográfica da amostra total e das subamostras clínica e não clínica</i>	26
Quadro 2. <i>Consistência interna (alfa de Cronbach) do BSI</i>	28
Quadro 3. <i>Consistência interna (Alfa de Cronbach) da EDRE</i>	29
Quadro 4. <i>Consistência interna (alfa de Cronbach) da ERSN</i>	30
Quadro 5. <i>Consistência interna (alfa de Cronbach) da EPDN</i>	33
Quadro 6. <i>Estatísticas do teste M BOX e do teste traço de Pillai, relativas aos instrumentos utilizados e à varável polaridades dialéticas das necessidades</i>	35
Quadro 7. <i>Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo Clínico e o grupo Não Clínico relativamente às nove dimensões de Sintomatologia (BSI)</i>	36
Quadro 8. <i>Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo Clínico e o grupo Não Clínico, relativamente às seis dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)</i>	36
Quadro 9. <i>Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo Clínico e o grupo Não Clínico, relativamente às catorze necessidades psicológicas e sete polaridades dialéticas(ERSN)</i>	37
Quadro 10. <i>Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo Clínico e o grupo Não Clínico, relativamente aos catorze Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas (EPDN)</i>	38
Quadro 11. <i>Coeficientes de correlação de Pearson entre as nove dimensões de sintomatologia (BSI) (N=106)</i>	39
Quadro 12. <i>Coeficientes de correlação de Pearson entre as seis dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) e entre o EDRE global (N=106)</i>	40
Quadro 13. <i>Coeficientes de correlação de Pearson entre as 14 Necessidades Psicológicas (ERSN) e entre a ERSN global (N=106)</i>	40
Quadro 14. <i>Coeficiente de Correlações de Pearson entre os Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas (EPDN) e entre a EPDN global (N=106)</i>	41
Quadro 15. <i>Coeficientes de correlação de Pearson das seis dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) e da EDRE global com as nove dimensões de Sintomatologia (BSI) (N=106)</i>	42

Quadro 16. <i>Coeficientes de correlação de Pearson das seis dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional [EDRE] e da EDRE global com as catorze Necessidades Psicológicas (ERSN-43) e as sete Polaridades e a ERSN Global (N=106).....</i>	<i>43</i>
Quadro 17. <i>Coeficientes de correlação de Pearson das catorze Necessidades Psicológicas (ERSN), das sete Polaridades e da ERSN Global com as nove dimensões da sintomatologia (BSI) (N=106).....</i>	<i>44</i>
Quadro 18. <i>Coeficientes de correlação de Pearson das nove dimensões de Sintomatologia (BSI) com os catorze perfis de discrepâncias (EPDN) e a EPDN global (N=106).....</i>	<i>45</i>
Quadro 19. <i>Coeficientes de correlação de Pearson das seis dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) e da EDRE global com os catorze perfis de discrepâncias (EPDN) e a EPDN Global (N=106).....</i>	<i>46</i>
Quadro 20. <i>Coeficientes de correlação de Pearson das sete Polaridades e da ERSN global com os catorze perfis de discrepâncias (EPDN) e a EPDN global (N=106).....</i>	<i>47</i>

Índice de Tabela

Tabela 1. <i>Variáveis e instrumentos deste estudo</i>	27
---	----

Índice de Figuras

Página

Figura 1. <i>Diagramas de extremos e quartis dos perfis de discrepância (EPDN) do Grupo Clínico e do Grupo Não Clínico</i>	<i>49</i>
---	-----------

Anexo A- Critérios de diagnóstico de POC (APA, 2013)

Anexo B- Conceptualização Descritiva dos Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas

Anexo C- Estatísticas Descritivas dos Resultados das Escalas e Total do BSI, EDRE, ERSN e EPDN

Anexo D- Correlações espúrias da EDRE, ERSN e EPDN com as respectivas escalas globais

Anexo E- Carta de solicitação de colaboração em Instituições

Anexo F - Consentimento Informado

Introdução

O presente estudo incide sobre a Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC), tendo por objetivo contribuir para alargar o conhecimento sobre esta perturbação, no que diz respeito a determinadas características psicológicas: regulação da satisfação das necessidades psicológicas, perfis de discrepâncias das necessidades e dificuldade de regulação emocional. Tal como o nome indica a POC caracteriza-se pela presença de obsessões (pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes experienciados como intrusivos e indesejados) e/ou compulsões (ações repetidas ou rituais) que o indivíduo se sente compelido a executar. Afeta ao longo da vida cerca de 2% a 2.5% da população, atingindo tanto homens como mulheres, e nos casos de maior severidade causa elevado sofrimento e comprometimento psicossocial (APA, 2013). Apresenta uma pronunciada heterogeneidade nas manifestações e sintomas, o que contribui para dificultar a pesquisa dos fatores etiológicos. Assim, é uma perturbação com uma etiologia complexa e pouco conhecida, pensa-se que influenciada por diversos fatores: biológicos, ambientais e psicológicos. As intervenções mais suportadas pela pesquisa empírica são aquelas que conjugam tratamento farmacológico com terapia cognitivo-comportamental. Porém, estas intervenções, embora contribuam para diminuir e controlar os sintomas de uma percentagem significativa de pacientes, continuam a apresentar remissão completa rara e eficácia terapêutica limitada.

Tendo em consideração o desconhecimento que continua a existir sobre a etiologia desta perturbação, bem como o facto das intervenções clínicas continuarem a ser pouco satisfatórias, considera-se de grande utilidade e relevo estudar esta perturbação no âmbito de um modelo integrativo, com vista a incorporar novas variáveis que possam contribuir para ampliar o seu conhecimento, bem como para possibilitar o delinear de configurações terapêuticas mais eficazes. Neste sentido, a presente investigação enquadra-se conceptualmente no Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP) (Vasco, 2005) o qual congrega variáveis integrativas, tais como as Necessidades Psicológicas e o Sistema Emocional. Deste modo, tendo em conta os resultados de investigações anteriores (e.g. Faria & Vasco, 2011, Sol & Vasco, 2012, Telo & Vasco, 2013) que têm revelado a importância de constructos como o de necessidades psicológicas e o de regulação das emoções na compreensão, quer da saúde mental, quer da perturbação, pretende-se caracterizar a população com POC ao nível das suas dificuldades de regulação emocional e da satisfação da regulação das suas necessidades, bem como chegar a um perfil característico de discrepâncias das necessidades psicológicas para esta

população. Com este objetivo realizou-se um estudo quantitativo a partir da aplicação de um protocolo de questionários que avaliam essas variáveis em duas subamostras: grupo clínico (com diagnóstico de POC) e grupo não clínico (população geral sem perturbação).

A presente investigação está organizada em quatro partes distintas. Na primeira parte, procede-se ao enquadramento teórico, a partir de uma revisão de literatura sobre a POC, e ainda sobre as necessidades psicológicas, os perfis de discrepâncias e o sistema emocional, e de seguida apresenta-se a problemática, os objetivos e as hipóteses deste estudo. Na segunda parte, expõem-se os procedimentos metodológicos utilizados para a recolha de dados. Seguidamente, na terceira parte, apresentam-se os resultados. Na quarta, e última parte, procede-se à discussão dos resultados que inclui a identificação de limitações e a apresentação de conclusões deste estudo.

Enquadramento Teórico

1. Perturbação Obsessivo-compulsiva

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), classicamente denominada de Neurose Obsessivo-Compulsiva, foi descritiva como doença mental pela primeira vez por Esquirol em 1838 (Burgy, 2005). Até ao século XVIII prevaleceram as explicações místico-sobrenaturais.

Desde Esquirol que se tem vindo a melhorar a caracterização e conceptualização desta perturbação. Contudo, até à década de 80, a POC foi pouco estudada empiricamente (Fontenelle, Mendlowicz & Versiani, 2006); a partir desta época surge um conjunto relevante de pesquisas que aumenta consideravelmente o conhecimento sobre esta perturbação. Porém, dada a heterogeneidade e complexidade desta patologia, ainda hoje a sua etiologia é pouco compreendida.

A sua prevalência ao longo da vida (entre 2,0% a 2.5%) é relevante, dado o sofrimento e prejuízo que provoca na qualidade de vida daqueles que a manifestam (Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010; Torres & Lima, 2005). Sabe-se que nos casos mais severos é uma patologia marcadamente incapacitante, impondo limitações severas na vida do indivíduo, com amplo comprometimento familiar, profissional e social associado (Pignotti & Thyer, 2011). De entre as Neuroses, é considerada uma das mais incapacitantes e está entre as perturbações mentais mais comuns, imediatamente a seguir às Fobias, ao Abuso de Substâncias e à Depressão Major (Macedo & Pocinho, 2007).

1.1. Critérios de Diagnóstico

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-V (APA, 2013), a POC caracteriza-se pela existência de obsessões e/ou compulsões que causam uma perda considerável de tempo (e.g., ocupam mais de 1 hora por dia) ou provocam sofrimento clinicamente significativo ou interferem com as rotinas normais do indivíduo comprometendo o seu funcionamento familiar, profissional ou social.

Os outros dois critérios apresentados no DSM-5 (APA, 2013) têm como requisitos os sintomas obsessivo-compulsivos não serem imputáveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a uma condição médica geral; e não serem melhor explicados por sintomas de outra patologia mental (para critérios de diagnóstico ver anexo A).

Dada a diversidade das manifestações, sintomas e potenciais fatores causadores, nesta última edição do DSM-5, a Associação Psiquiátrica Americana [APA] (2013) optou por avançar com o termo “Distúrbios do Espectro Obsessivo-Compulsivo”, criando uma secção denominada Distúrbio Obsessivo-compulsivo e Distúrbios Relacionados, separando assim a POC das restantes perturbações de ansiedade.

1.2. Quadro Clínico da Perturbação Obsessivo-compulsiva

Em conformidade com o seu nome, e como referido em cima, a POC manifesta-se através de obsessões e/ou compulsões. A maioria dos indivíduos com POC têm tanto obsessões como compulsões.

As obsessões apresentam-se na forma de pensamentos, crenças, ruminações, imagens, impulsos ou medos que invadem a consciência do indivíduo de forma intrusiva; são indesejáveis e incontroláveis. Caracterizam-se por interromper o curso normal do pensamento e por serem repetitivas e, geralmente, de carácter violento ou de conteúdo repulsivo (APA, 2013). No que se refere especificamente às ruminações obsessivas, estas são pensamentos intermináveis e inconclusivos acerca de determinadas situações ou questões. Quanto aos impulsos obsessivos caracterizam-se por preocupações sobre vir a cometer uma ação imoral ou nociva para si próprio ou para os outros. Relativamente aos medos obsessivos, dizem respeito, geralmente, a receios de contaminação ou sujidade. Como já mencionado, as obsessões, na maioria dos indivíduos, não são experienciadas como voluntárias, são, pelo contrário, intrusivas, indesejadas e causadoras de marcada ansiedade e sofrimento. De modo

que o indivíduo tenta suprimir essas obsessões (e.g. supressão do pensamento) ou neutralizá-las com outro pensamento ou ação (e.g. executando uma compulsão).

As compulsões são comportamentos ritualísticos, motores ou mentais, normalmente executadas em resposta a uma obsessão (e.g. pensamentos de contaminação que levam a rituais) com vista a reduzir a angústia desencadeada por essa obsessão ou para supostamente impedir a ocorrência de um evento temido (e.g. causar dano a alguém). As compulsões são desagradáveis para o indivíduo, inúteis ou marcadamente exageradas (Macedo & Pocinho, 2007).

O conteúdo específico das obsessões e compulsões é variável, o DSM-V (APA, 2013) aponta 4 temas ou dimensões como sendo os mais comuns na POC: **limpeza** (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza); **simetria** (obsessões de simetria e ordem e compulsões de contagem e repetição); **pensamentos proibidos ou tabus** (e.g. obsessões religiosas, sexuais ou agressivas e compulsões relacionadas) e **dano/prejuízo** (e.g. medo de magoar a si próprio ou a outro e compulsões de verificação).

Paralelamente Foa et al. (1995), num estudo que levaram a cabo com 431 pacientes com POC, apresentam as seguintes obsessões como sendo as mais comuns: **contaminação** (38%); **medo de situações perigosas** (24%); **preocupação com simetria e ordem** (10%); **preocupações com sintomas físicos e corpo** (7%); **pensamentos religiosos ou blasfemos** (6%); **pensamentos de ordem sexual** (6%); **vontade de acumular bens inúteis** (5%); e **pensamentos de violência ou de agressão** (4%). As compulsões apontadas como mais comuns neste estudo são: **verificações** (29%); **limpeza e lavagens** (27%); **repetições** (11%); **compulsões mentais**, e.g. repetição de números (11%); **ordem, simetria e exatidão** (69%); **coleccionismo** (4%); e **contagem** (2%).

Tal como são heterogéneos os temas das obsessões e compulsões nos indivíduos com POC, também o são o tipo de *insight* relativamente ao carácter excessivo e irracional destas. Assim, no DSM-5 (APA, 2013) recomenda-se que se especifique se o indivíduo tem: **bom insight** (reconhece que as crenças obsessivo-compulsivas definitivamente ou provavelmente não são verdadeiras, considerando-as excessivas e irracionais); **fraco insight** (pensa, na maior parte do tempo, que as crenças obsessivo-compulsivas são verdadeiras) ou **ausência de insight** (está completamente convencido de que as crenças obsessivo-compulsivas são verdadeiras). Neste sentido, Foa et al. (2005) no seu estudo observaram que apenas uma minoria das pessoas com POC têm um bom *insight*. E num outro estudo Tolin, Abramowitz, Kozak, & Foa (2001) constatarem que indivíduos com obsessões religiosos ou relacionadas com preocupação com dano, frequentemente têm um *insight* pobre.

Convém ainda salientar que apesar de o indivíduo poder reconhecer o carácter ilógico, excessivo ou absurdo das obsessões e/ ou compulsões, tende a ser incapaz de lhes resistir, sentindo-se compelido a executá-las, levando-o a envolver-se em pensamentos e / ou ações que tornam o seu quotidiano penoso (Macedo & Pocinho, 2007).

A sintomatologia da POC tem diversas consequências na vida dos pacientes. Reduz em muito a sua qualidade de vida, dados os elevados níveis de comprometimento social e ocupacional associado. O funcionamento diário do paciente é severamente restringido, por exemplo o indivíduo gasta muito tempo do seu quotidiano com as obsessões e compulsões e evita as situações que as podem desencadear. As consequências para a saúde também são de ordem diversa, por exemplo indivíduos com preocupações de contaminação podem evitar consultórios médicos e hospitais (e.g. devido a receios de exposição a germes) ou desenvolver problemas dermatológicos (e.g. lesões de pele devido a lavagem excessiva) (APA, 2013).

1.3. Comorbilidades na POC e Diagnóstico Diferencial

A severidade do quadro clínico da POC é, habitualmente, agravado pela presença de comorbilidades. Segundo o DSM-5 (APA, 2013), as psicopatologias que estes pacientes mais frequentemente têm em conjunto com a POC são: as **perturbações ansiosa** (76%, para Ataques de Pânico, Ansiedade Generalizada, Ansiedade Social, Fobia Específica), as **perturbações de humor** (63%, para Perturbação Depressiva ou Bipolar), a **Perturbação de Personalidade Obsessivo-Compulsiva** (23% a 32%) e a **Perturbação de Tiques** (presente em 30% dos indivíduos com POC ao longo da vida).

A associação entre a POC e a Perturbação de Personalidade Obsessivo-compulsiva (PPOC) tem sido controversa ao longo dos anos, observando-se alguma falta de consenso entre autores relativamente a se determinadas características psicológicas dos indivíduos com POC são traços ou sintomas (Macedo & Pocinhas, 2007). Embora o DSM-5 (APA, 2013) revele taxas significativas de comorbilidade entre ambas, tem-se vindo a colocar de parte a ideia de a POC emergir de uma personalidade obsessiva prévia.

Uma vez que a POC e a PPOC podem estar presentes concomitantemente no mesmo indivíduo, considera-se fundamental que se faça o diagnóstico diferencial para que se possa traçar uma intervenção adequada (APA, 2013). A PPOC difere qualitativamente da POC, por ter manifestações clínicas muito diferentes. Na PPOC os indivíduos não apresentam pensamentos intrusivos, imagens ou impulsos, nem comportamentos repetitivos executados em

resposta a estas intrusões, apresentam antes um padrão disfuncional, duradouro e generalizado de perfeccionismo e de necessidade de controlo e ordem (APA, 2013; Pignotti & Thyer, 2011).

Têm-se identificado algumas características psicológicas mais comuns nos indivíduos com POC, designadamente: indecisão, falta de convicção interna, intolerância à incerteza, dificuldade de decisão, dúvida patológica, sensação de incompleto, procrastinação, escurpulosidade e auto-culpabilização (Macedo & Pocinhas, 2007). De entre as características mencionadas, aquelas que merecem principal destaque são a necessidade de certeza, a escurpulosidade e a vivência da culpa (Macedo & Pocinhas, 2007). Considera-se que a necessidade de certeza é nuclear nesta perturbação, dado contribuir para impedir os indivíduos com POC de resistirem às compulsões (e.g. de verificação) (Macedo & Pocinhas, 2007). Quanto aos sentimentos de culpa, estes são muito caracterizadores destes indivíduos e contribuem para a intensificação dos pensamentos obsessivos. Muitas vezes, é precisamente o medo de surgimento à posteriori de auto-culpabilização que contribui para motivar para as compulsões, i.e., para os atos repetitivos e ritualizados (e.g. verificações, lavagens, contagem). Relativamente à escurpulosidade, esta aparece relacionada com o medo de causar dano aos outros e leva-os, com frequência, a dedicar-se excessivamente a tarefas domésticas ou ocupacionais (como uma compensação ética e moral) (Macedo & Pocinhas, 2007).

Dada a presença de sintomas obsessivos em outras psicopatologias e no contexto de outras condições fisiopatológicas, torna-se importante o diagnóstico diferencial (ver Anexo A). Adianta-se que a sintomatologia da POC é claramente distinta dos medos e das preocupações nas perturbações de ansiedade, das ruminações nas perturbações de humor, bem como dos delírios das psicoses (Stein, 2002).

1.4. Epidemiologia

No passado, a POC chegou a ser considerada uma perturbação rara, os estudos atuais têm demonstrado que a prevalência a 12 meses é de 1% e a taxa de prevalência ao longo da vida está entre 2% a 2,5% (Ruscio et al., 2010; Torres et al., 2005).

O início dos sintomas pode ser agudo, mas frequentemente é gradual e dissimulado, podendo começar por uma obsessão e/ ou compulsão, com reduzida interferência na vida do indivíduo, e posteriormente o quadro de sintomas alargar-se. A frequência e a gravidade dos sintomas variam entre os indivíduos, existindo casos de sintomas leves e casos de grande severidade com consequências incapacitantes. O curso da POC tende a ser crónico. Quando tratada, observam-se, geralmente, períodos de melhora e piora, com alguns indivíduos a

manifestar um curso episódico e uma pequena parte um curso de deterioração (APA, 2013). Sem intervenção clínica, as taxas de remissão e os períodos assintomáticos são marcadamente mais baixos, presentes em apenas 10% ou 20% dos indivíduos com a perturbação (5ª ed, APA, 2013; Miranda & Bordin, 2001).

Segundo o DSM-5 (APA, 2013) a média de idade de início da POC é 19,5 anos e em 25% dos casos tem início aos 14 anos. Após os 35 anos, apesar de ocorrer, é incomum.

Relativamente ao género, a POC tem uma taxa de prevalência idêntica. Contudo, nos homens surge mais precocemente que nas mulheres. Tendo início antes dos 10 anos em quase 25% dos indivíduos do sexo masculino (APA, 2013). A classe modal de idades de início da POC é de 6 - 15 para homens e 20 - 29 para as mulheres (Björgvinsson, Hart, & Heffelfinger, 2007)

No que respeita aos conteúdos dos sintomas, observam-se também diferenças entre homens e mulheres, por exemplo, as mulheres têm maior propensão para temas de limpeza e os homens para temas relacionados com a simetria e pensamentos proibidos (APA, 2013). Os homens são também mais propensos à acumulação compulsiva (Mataix-Cols, Rosario-Campos, & Leckman, 2005) e é mais provável que apresentem comorbilidade com a Perturbação de Tiques (APA, 2013).

1.5. Etiologia

Apesar de toda a investigação realizada em torno desta perturbação nas últimas décadas, a sua etiologia de base ainda é pouco conhecida. Há contudo, evidência do envolvimento de fatores de natureza psicológica, ambiental e biológica (Macedo & Pocinhas, 2007).

Estudos recentes têm vindo a apontar a importância de aspetos neuroanatómicos, neurofisiológicos, bioquímicos e neuroendócrinos na sua génese (Ruiloba & Berrios, 1995). Investigações provenientes de várias áreas de investigação (e.g. neuropsicologia, psicofarmacologia, imagiologia) têm identificado áreas cerebrais e circuitos neuronais (e.g. circuito entre córtex frontal, os núcleos da base e talâmicos) e sistemas de neurotransmissores implicados na sintomatologia obsessivo-compulsiva, contudo os resultados são ainda inconclusivos e controversos. Há alguma consistência na ligação do sistema serotoninérgico à sintomatologia obsessiva, dada a relativa eficácia revelada pelos fármacos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) no tratamento da POC (Stein, 2002). Porém, esta hipótese serotoninérgica ainda é mal compreendida. Sabe-se também que os sintomas obsessivos podem

ocorrer causados por doenças cerebrais: encefalites, traumatismos crânio encefálicos, acidentes vasculares e sobretudo quando há comprometimento dos gânglios de base (Stein, 2002).

Alguns fatores ambientais têm também aparecido associados à POC: educação em meios rígidos com reforço de comportamentos de ordem, limpeza e valores morais (Macedo & Pocinho, 2007).

1.6. Modelos de Intervenção Psicoterapêutica

As investigações têm revelado consistência no que respeita à importância da psicoterapia no tratamento dos pacientes com POC, observando-se melhorias em 50 a 70% dos pacientes intervencionados (Macedo & Pocinho).

Freud (1909) construiu as bases da intervenção psicanalítica para a Neurose Obsessivo-compulsiva e durante um longo período foi considerada uma abordagem eficaz, contudo apesar do contributo psicanalítico para o delineamento das características psicológicas da POC, dados empíricos recentes dão pouco suporte a este tipo de intervenção (Stein, 2002).

Atualmente, as pesquisas têm revelado que a Terapia Comportamental é aquela com maior suporte empírico. O componente mais relevante desta terapia é a exposição aos estímulos temidos com Prevenção de Resposta (EPR). A investigação tem constatado que esta técnica tem um papel relevante na atenuação e até extinção dos comportamentos compulsivos (Abramowitz, 1997; Fisher & Wells, 2005; Stein, 2002).

A técnica EPR consiste em expor o paciente (com o seu consentimento) aos estímulos que desencadeiam os sintomas de POC e em levá-lo a abster-se de utilizar compulsões para aliviar a ansiedade provocado pela exposição (e.g. num paciente com preocupações de contaminação com compulsão de lavagem de mãos, a ERP consiste em expor o paciente, de forma gradual, a situações que lhe provocam ansiedade, tais como tocar em objetos públicos. Simultaneamente, é-lhe solicitado que não lave as mãos depois de tocar os objetos temidos). Os estímulos desencadeadores podem ser externos (e.g. objetos pontiagudos) ou internos (e.g. pensamentos). Antes de se recorrer à exposição elabora-se, em colaboração com o paciente, uma hierarquia de situações que desencadeiam os sintomas de POC (Pignotti M. & Thyer, B., 2011). As pesquisas tem demonstrado bons resultados para aqueles que completaram a intervenção com ERP: 60 a 80% dos pacientes melhoram significativamente (Abramowitz, 1997; Fisher & Wells, 2005).

Embora a EPR se mostre uma terapia eficaz na POC, observou-se que, mesmo quando se recorre a uma exposição gradual, alguns pacientes recusam-se a começar a terapia ou

abandonam-na devido ao medo de se confrontarem com situações que lhe evocavam ansiedade e em que não podem recorrer aos rituais (Tolin & Maltby, 2008).

Uma abordagem que tem vindo a ser utilizada para aumentar a capacidade do paciente para tolerar a EPR é a Terapia de Aceitação e Compromisso [TAC] (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Tacoma, 2006). Esta terapia baseia-se na ideia de que o principal motivo pelo qual as pessoas, que sofrem de perturbação psicológica, têm dificuldades em lidar com as emoções desagradáveis não é propriamente devido às emoções desagradáveis em si, mas sim devido a lutarem contra elas, no sentido de as procurar controlar e evitar experienciar. Ao contrário de muitas terapias convencionais, aqui o objetivo explícito não é eliminar as emoções negativas mas em vez disso, procura-se ajudar o paciente a desistir de lutar contra as emoções e, assim, promover uma aceitação não-defensiva (não é mera tolerância) das emoções, incluindo a ansiedade (Pignotti & Thyer, 2011).

A eficácia da Terapia Cognitiva (TC) tem também sido demonstrada em diversos estudos (Pignotti & Thyer, 2011). Contudo, alguns autores argumentam que uma vez que a maioria das Terapias Cognitivas também incluem técnicas comportamentais semelhantes à exposição, é incerto qual o papel que a componente cognitiva realmente tem (Abramowitz, Franklin & Foa, 2002). A TC na intervenção com pacientes com POC procura ajudar os pacientes a aprenderem a lidar mais eficazmente com os seus sistemas de crenças irracionais e falsas (excessiva responsabilidade; sobrestimação dos pensamentos; preocupação excessiva em controlar os pensamentos e superestimação das ameaças), utilizando-se para tal técnicas de Restruturação Cognitiva (Stein, 2002).

No contexto clínico, as intervenções psicoterapêuticas mais correntes são as Cognitivo-comportamentais que fazem, sobretudo, uso de procedimentos das terapias EPR e das Terapias Cognitivas com base na Restruturação Cognitiva. Com estas terapias procura-se criar *insight* no paciente relativamente à perceção dos pensamentos obsessivos e à execução dos comportamentos compulsivos em resposta a estes, fornecendo a compreensão da correlação entre os pensamentos e as compulsões. Confronta-se o paciente com a irracionalidade das crenças (e.g., crenças mágicas, raciocínios ilógicos). Ajuda-se o paciente a criar alternativas mais funcionais às compulsões em resposta à ansiedade. Conjuntamente recorre-se a técnicas de exposição ao vivo ou imagéticas. Procura-se também restabelecer os sentimentos de autoconfiança e autoeficácia relativos á capacidade de resistência aos sintomas obsessivo-compulsivos (Macedo & Pocinhas, 2007).

Considera-se, ainda, que a eficácia das intervenções aumenta com a combinação das terapias cognitivo-comportamentais com psicofármacos (em especial os antidepressores com

ação serotoninérgica), sendo que as investigações têm demonstrado que os resultados dos tratamentos farmacológicos não suplantem a eficácia das terapias cognitivo-comportamentais (Stein, 2002; Macedo & Pocinho, 2007).

Contudo, apesar de todos os progressos que se tem vindo a observar no tratamento da POC, os resultados estão ainda muito aquém do desejado. Estudos de seguimento têm confirmado que a POC evolui cronicamente e é de difícil intervenção; os índices de remissão completa dos sintomas são baixos (APA, 2013; Silva, Costa, Vicente & Lourenço, 2011). A título de exemplo, Leonard et al. (1993, citado por Miranda & Bordin, 2001), durante um período de 2 a 7 anos, estudaram 54 indivíduos com idade entre 10 e 24 anos com POC (submetidos a várias abordagens terapêuticas) e constataram que a remissão completa dos sintomas apenas ocorreu em três casos (6%). Por outro lado, um estudo que procurou avaliar a redução nos níveis de sintomas de POC através da Escala de Yale-Brown – Y-BOCS, mostrou que dos 85 indivíduos com POC (que acompanharam durante 2 anos) 31% reduziram em 75% os níveis da Y-BOCS (Orloff et al., 1994, citado por Miranda & Bordin, 2001).

Em suma, a resposta terapêutica aos tratamentos é ainda limitada; 60 a 70% dos pacientes respondem ao tratamento farmacológico e à terapia cognitivo-comportamental, restando ainda uma percentagem significativa (entre 30 a 40%) que não responde satisfatoriamente às medidas terapêuticas disponíveis (Miranda & Bordin, 2001; Silva, et al, 2011), tornando-se assim urgente uma nova concetualização da POC que venha a permitir um equacionamento de abordagens terapêuticas mais eficazes.

Com o intuito de fornecer uma nova concetualização da POC, mais abrangente e holística, recorre-se, neste estudo, ao Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP), que incorpora variáveis de carácter integrativo como é o caso das Necessidades Psicológicas. As investigações realizadas no âmbito do MCP têm demonstrado, consistentemente, que a perturbação se associa a dificuldades na capacidade de regular a satisfação das necessidades psicológicas e, por sua vez, a saúde mental à capacidade de as regular (e.g. Faria & Vasco, 2011; Sol & Vasco, 2012; Telo & Vasco, 2013). Sugere-se que a integração destas variáveis no estudo da POC possa dar um importante contributo para a clarificação da sua etiologia e para enriquecer a sua concetualização, com vista a fomentar novas intervenção terapêuticas mais eficazes com esta população. De seguida abordam-se estas variáveis integrativas.

2. Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP): Necessidades Psicológicas.

À luz do MCP, o conceito de Necessidades Psicológicas tem uma importância crucial para um entendimento alargado da perturbação psicológica (Vasco, 2005). De seguida faz-se uma breve exposição de algumas abordagens das necessidades psicológicas relevantes para a compreensão deste modelo integrativo.

2.1. Teorias das Necessidades Psicológicas

No início do século XX emerge o interesse pelo estudo das necessidades psicológicas, e a partir de então produzem-se várias conceptualizações e listas destas necessidades.

Uma abordagem amplamente referenciada na literatura é a hierarquia das necessidades de Maslow (1954). Este autor elegeu cinco necessidades que hierarquizou em função da sua prioridade. Recorreu à figura de uma pirâmide para esquematizar esta hierarquia. Colocou na base as necessidades Fisiológicas e de Segurança, no meio as necessidades Sociais e de Estima e no topo a necessidade de Auto-atualização. Advogou que para que o indivíduo se sinta motivado para satisfazer as necessidades de ordem superior é preciso que as necessidades de ordem inferior estejam satisfeitas.

Contrariamente ao modelo hierárquico de Maslow, a Teoria da Auto-Determinação (Deci & Ryan, 2000) elege 3 necessidades inatas fundamentais (Autonomia, Proximidade e Competência) que considera igualmente centrais para o bem estar do indivíduo. Assim, em vez de uma visão estável e hierárquica das necessidades, Deci e Ryan (2000) entendem que o desenvolvimento adaptado do indivíduo depende da relação dinâmica e equilibrada entre estas três necessidades. Paralelamente considera-se que a negligência de qualquer uma das três necessidades está associada a menor bem-estar e a prejuízos no desenvolvimento do indivíduo.

Epstein (1993), tal como Deci & Ryan (2000), enfatiza a importância do balanceamento entre as várias necessidades. Este autor apresenta uma teoria integrativa da personalidade (Teoria do Self Cognitivo-Experiencial) dentro da qual concebe quatro necessidades básicas (Maximização do Prazer e Minimização da Dor, Proximidade, Autoestima e Coerência do Self) cuja satisfação e regulação é fundamental para a adequada organização da personalidade do indivíduo e para o seu desenvolvimento saudável.

Grawe (2006) com base na formulação das necessidades psicológicas de Epstein, concetualiza quatro necessidades psicológicas básicas: Vinculação; Controlo e Orientação; Maximização da Autoestima e Maximização do Prazer e Minimização da Dor. Paralelamente

substitui o conceito de Coerência de Epstein por um mais abrangente, o conceito de Consistência, no sentido de que mais do que uma necessidade, a Consistência é um princípio básico necessário aos diversos processos mentais que regulam a interação indivíduo-meio.

Tendo por base as teorias acima referenciadas Sheldon, Elliot, Kim e Kasser (2001, citados por Conceição & Vasco, 2005, p.66) constroem uma lista de dez necessidades com o objetivo de chegarem às principais necessidades psicológicas. Oito das dez necessidades enunciadas obtiveram apoio empírico, são elas: Autonomia-Independência, Competência-Efectância, Proximidade-Pertença, Auto-atualização-Significado, Segurança-Controlo, Prazer-Estimulação, Física-Corporal e Autoestima-Respeito pessoal.

Analisando as abordagens aqui enunciadas é de ressaltar que nenhuma delas concetualiza a componente dialética e sinérgica entre as diferentes necessidades. Sendo esta uma das componentes com maior relevância na teorização do MCP, é pertinente expor aqui sucintamente a abordagem de Blatt (2008) que valoriza esta componente. Blatt (2008) apresenta uma conceptualização do desenvolvimento psicológico e da organização da personalidade com base numa relação dialética e sinérgica entre duas linhas de desenvolvimento: individuação e relacionamento. Considera que nenhuma destas linhas é mais valorizável que a outra e defende que a rigidificação em uma delas contribui para o emergir de configurações psicopatológicas. Este autor alega que o mais saudável para o indivíduo é o constante balanceamento entre as duas linhas. Ou seja, é igualmente crucial, para a maturação e organização equilibrada da personalidade, tanto o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, recíprocas e estáveis (proximidade dos outros) como a construção de um self diferenciado, integrado, coerente e positivo (autodefinição do próprio). Estas duas dimensões da personalidade são relacionadas por Blatt (2008) com a regulação das necessidades de Proximidade e Autonomia, descritas por Deci & Ryan (2000). Ao indivíduo cabe a regulação de ambas as necessidades tendo em conta a relação mutua e recíproca entre elas. Neste sentido, Blatt (2008) entende que tanto a autonomia/diferenciação da self é fundamental para a construção de relações interpessoais satisfatórias, como a capacidade de aproximação/relacionamento é indispensável para uma diferenciação de mais qualidade (Bernardo & Vasco, 2015).

2.2. Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas

Por sua vez, o MCP conceptualiza o constructo de necessidades psicológicas como nutrientes indispensáveis á vida psicológica, considera-as universais e define-as como “*estados de desequilíbrio orgânico provocados por carência de determinados nutrientes psicológicos, sinalizados emocionalmente e tendentes a promover ações, internas e/ou externas facilitadoras do restabelecimento desse mesmo equilíbrio*” (Vasco, 2013, p.41). Este modelo integrativo, inspirando-se nas formulações anteriores, sugere sete polaridades de necessidades dialéticas: (a) *Prazer – Dor* (ser capaz de vivenciar e desfrutar de prazer físico e psicológico; ser capaz de suportar dores inevitáveis, diferenciar sofrimento produtivo e improdutivo e atribuir significado ao sofrimento); (b) *Proximidade – Diferenciação* (ser capaz de estabelecer e manter relações íntimas; ser capaz de se diferenciar dos outros e de se auto-determinar); (c) *Produtividade – Lazer* (ser capaz de concretizar obras e feitos sentidos como valiosos; ser capaz de relaxar e de desfrutar de atividades não-produtivas sem culpa associada); (d) *Controlo – Cedência* (ser capaz de influenciar o ambiente; ser capaz de delegar e abdicar do controlo); (e) *Actualização/Exploração – Tranquilidade* (ser capaz de explorar o meio e de se expor à novidade; ser capaz de apreciar o que se é e o que se possui, no aqui e agora); (f) *Coerência do Self – Incoerência do Self* (congruência entre *Self* real e *Self* ideal, congruência entre o que se pensa, sente e faz; ser capaz de tolerar conflitos e incongruências ocasionais); (g) *Autoestima – Autocrítica* (ser capaz de sentir-se satisfeito consigo próprio e se estimar; ser capaz de identificar, aceitar e aprender em função das insatisfações e erros pessoais) (Vasco,2013).

O MCP postula que o bem-estar do indivíduo depende da sua capacidade de regular a satisfação das necessidades supracitadas, salientando que estas nunca estão completamente satisfeitas, o seu grau de satisfação resulta de um processo contínuo de balanceamento e negociação entre os sete pares dialéticos (Faria & Vasco, 2011; Vasco, 2012). De modo que as várias necessidades têm um funcionamento dialético e sinérgico, interagem entre si e influenciam-se mútua e reciprocamente, assim sendo, a regulação num polo influencia a regulação do outro polo complementar (Vasco & Vaz-Velho, 2010). As várias necessidades não se contradizem, são antes complementares e igualmente importantes, a sua regulação adequada exige aos indivíduos flexibilidade e competências para se movimentarem entre os extremos e ao longo de cada polaridade (a nível horizontal), bem como entre as diversas polaridades (a nível vertical) (Vasco, 2009, Faria & Vasco, 2011). Preconiza-se que para um funcionamento

saudável e adaptado são necessárias competências elevadas em cada uma das duas polaridades dialéticas, como Vasco (2013) exemplifica: a competência de *Proximidade* sem a *Diferenciação* conduz a dependência e a competência de *Diferenciação* sem *Proximidade* conduz a alienação ou sociopatia. Neste sentido, entende-se que a patologia resulta da rigidificação em um dos polos (Faria & Vasco, 2011).

Defende-se, ainda, que as necessidades não devem ser classificadas de “boas” ou “más”, i.e., o MCP não lhes confere valor de saúde associado, dado que qualquer uma delas em determinadas circunstâncias pode ser adaptativa ou não. Assim, propõe-se o conceito de “patologia de necessidades” em detrimento de “necessidades patológicas” (Conceição & Vasco, 2005). A “patologia de necessidades” não diz respeito às necessidades em si, refere-se antes aos processos disfuncionais na regulação destas, e encontra-se estruturada em cinco dimensões: “(a) Não conhecer e/ou não validar as necessidades próprias; (b) Não diferenciar e/ou não relacionar as necessidades próprias; (c) Não escolher e/ou não se comprometer com as necessidades próprias; (d) Não permitir a satisfação e/ou a frustração das necessidades próprias; (e) Não atualizar e/ou não transcender as necessidades próprias” (Conceição & Vasco, 2005, p 70-71).

Em suma, um dos conceitos mais importantes do MCP é sem dúvida o conceito de regulação das necessidades psicológicas, este conceito é fundamental para as teorias de adaptação e de perturbação e especialmente para a teoria da intervenção do MCP. A capacidade de regular dialeticamente a satisfação das necessidades relaciona-se com maior bem-estar e com um funcionamento mais adaptado e, por sua vez, desequilíbrios nesta regulação estão relacionados com diversas perturbações mentais (Faria & Vasco, 2011). Em termos da teoria da intervenção, considera-se que um dos objetivos essenciais da intervenção psicoterapêutica é ajudar os pacientes a reconhecer, aceitar, experienciar e agir com vista à regulação dialética das necessidades psicológicas (Vasco, 2013).

Há ainda que referir que as necessidades psicológicas têm também um importante papel na definição do próprio Self, à semelhança das emoções, cognições e experiências. Porém, o *Self* tem aqui um papel dinâmico, no sentido que através das suas instâncias (Responsabilidade Pessoal e a Agência) processa informações sobre as necessidades psicológicas e intervém ativamente na sua regulação (Conceição & Vasco, 2005).

2.3. Perfis de Discrepâncias das Necessidades Psicológicas

Com base no MCP levaram-se a cabo várias pesquisas empíricas no âmbito das discrepâncias na regulação da satisfação das necessidades psicológicas, em todas elas foi clara a associação entre valores mais elevados de discrepância e menor bem-estar, maior *distress* e sintomatologia, e vice-versa. A título de exemplo, Conde e Vasco (2012) observaram que uma maior capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas se associa a níveis mais elevados de bem-estar psicológico, e simultaneamente que uma menor capacidade de regulação se associa a níveis mais altos de *distress*. Sol e Vasco (2012) destacam que, dentro da mesma polaridade, a capacidade de regulação da satisfação de ambos os polos está associada a menor sintomatologia, contribuindo significativamente para a saúde mental. Romão e Vasco (2013) constataram que discrepâncias nas necessidades têm uma correlação negativa significativa com o bem-estar psicológico e uma correlação positiva significativa com o *distress* psicológico. Ferreira e Vasco (2013) verificaram que maiores discrepâncias da self se associam a menor regulação da satisfação das necessidades.

Por fim, Barcelos & Vasco (2014) e Lopes & Vasco (2014) definem discrepâncias na regulação das necessidades como a expressão de um funcionamento rígido em que ocorre a fixação num dos polos, i.e., um excesso na regulação da satisfação da necessidade num polo e um défice no polo complementar. Defende-se que este inadequado balanceamento entre as necessidades e as inerentes dificuldades na sua regulação potenciam o desenvolvimento de perturbações psicológicas.

Tendo em consideração os resultados dos estudos empíricos sobre as discrepâncias das necessidades realizados no âmbito do MCP, e recorrendo a uma revisão de literatura sobre o papel crucial das necessidades psicológicas na organização da personalidade, Barcelos & Vasco (2014) e Lopes & Vasco (2014) construíram a Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas (EPDN) que avalia estilos de funcionamento não-adaptativos (a nível de comportamentos, cognições e afetos), representados pelo posicionamento discrepante em qualquer polo das sete polaridades. Deste modo, fez-se uma correspondência entre discrepâncias nas polaridades dialéticas e estilos de funcionamento alienante (Barcelos & Vasco, 2014; Lopes & Vasco, 2014). Chegou-se, assim, a 14 Perfis de Discrepância das Necessidades Psicológicas, a partir dos quais se define o estilo de funcionamento patológico do indivíduo. Preconiza-se que os perfis de discrepâncias, ao caracterizarem o funcionamento perturbado e a sintomatologia, devolvam informação significativa sobre as características estruturais do indivíduo. E postula-se que a partir da interpretação integrativa dos vários perfis

é possível chegar a um Perfil representativo do seu funcionamento. Paralelamente, sublinha-se que a descrição dos perfis se centra no padrão de funcionamento mais característico daquela discrepância, contudo outras discrepâncias podem contribuir para a formação do perfil.

Como mencionado, para a construção dos 14 perfis teve-se em consideração, por um lado, as formulações de vários autores sobre a relação entre discrepâncias e perturbações de personalidade, com destaque para Beck e colaboradores (2004), Millon e colaboradores (2004) e Higgings (1987, 1989), e, por outro lado, o princípio base do MCP que postula que a patologia se relaciona com a rigidificação em qualquer dos polos das polaridades dialéticas (Barcelos & Vasco, 2014; Lopes & Vasco, 2014).

De seguida nomeiam-se os catorze perfis: (1) *+Prazer -Dor*; (2) *-Prazer +Dor* (3) *+Proximidade -Diferenciação*; (4) *-Proximidade +Diferenciação*, (5) *+Produtividade-Lazer*; (6) *-Produtividade +Lazer*; (7) *+Controlo -Cooperação*; (8) *-Controlo +Cooperação*; (9) *+Exploração -Tranquilidade*; (10) *-Exploração +Tranquilidade*; (11) *+Coerência do Self -Incoerência do Self*; (12) *-Coerência do Self +Incoerência do Self*; (13) *+Autoestima -Autocrítica*; (14) *-Autoestima +Autocrítica*.

Estes catorze Perfis foram elaborados de modo a que no polo discrepante em que a necessidade existe, a regulação é de má qualidade e compensatória, dado o défice no polo complementar (Barcelos & Vasco, 2014; Lopes & Vasco, 2014) (Ver perfis em anexo B).

Em suma, de acordo com o MCP as necessidades psicológicas são os nutrientes indispensáveis à vida psicológica, de modo que a sua desregulação tende a cristalizar em psicopatologia. Dados provenientes da pesquisa empírica, no âmbito do MCP, demonstram que elevadas discrepâncias na regulação das necessidades se associam a maior *distress* e sintomatologia (Vasco, 2009, Faria & Vasco, 2011, Sol & Vasco, 2012). Assim uma adequada regulação das necessidades exige ao indivíduo competências para se movimentar entre os extremos das polaridades e ao longo de cada polaridade. De modo que, as discrepâncias na regulação das necessidades expressam um funcionamento rígido em que há uma fixação num dos polos e um défice no polo complementar, dando lugar a estilos de funcionamento patológicos que se operacionalizam em catorze perfis. Esta concetualização teórica é transversal à psicopatologia no geral, de modo que se torna pertinente averiguar o seu poder heurístico em populações com perturbações específicas, como é o caso da POC.

3. Regulação Emocional

Em termos latos, as emoções (e.g. tristeza, medo, zanga, alegria, nojo) são um conjunto coordenado de respostas aos eventos significativos (internos ou externo) que podem envolver mecanismos cognitivos, comportamentais, fisiológicos e neurais, e estão associadas a determinadas manifestações fisiológicas e comportamentais que são potencialmente adaptativas. Embora estas manifestações possam ocorrer em determinadas circunstâncias de forma aparentemente automática, as emoções geralmente são elaboradas, processadas e reguladas pelos indivíduos (Stern, Nota, Heimberg, Holaway, & Coles, 2014). O que remete para o conceito de regulação emocional que, embora não seja um conceito novo na psicologia, tem vindo a ganhar relevo no âmbito da psicologia clínica, nas últimas três décadas (Gross, 1998), observando-se um significativo desenvolvimento de modelos teóricos e de pesquisas empíricas nesta área. Para o crescente interesse pelo estudo da regulação emocional têm contribuído as investigações recentes que demonstram relações significativas entre regulação emocional e saúde mental.

Entre as abordagens e modelos precursores do constructo de regulação emocional destaca-se, por um lado, o contributo da tradição psicanalítica relativa aos mecanismos de defesas (conceptualizados como processos de regulação da ansiedade) e, por outro lado, o Modelo do Stress e do Coping (Lazarus, 1966, 1991) mais focalizado nas variáveis situacionais, enfatizando os processos de *coping* conscientes e adaptativos. Outros modelos também importantes na compreensão da regulação emocional são: as abordagens desenvolvimentistas (Campos, Campos, & Barrett, 1989,) e a teoria da vinculação (Bowlby, 1988), que retrata como as competências emocionais, necessárias aos processos de regulação emocional, são aprendidas nas experiências de socialização com as figuras de vinculação.

A regulação emocional pode ser definida como o processo pelo qual os indivíduos influenciam as emoções que têm, o momento e a forma como as experienciam e, ainda, o modo como lidam com elas e as expressam (Gross, 1998b). Este constructo envolve os processos extrínsecos e intrínsecos responsáveis pela monitorização, avaliação e modificação das reações emocionais (especialmente as suas características temporais e de intensidade), de modo a que o indivíduo atinja os seus objetivos (Thompson, 1994).

3.1. Relação entre Necessidades Psicológicas e Sistema Emocional segundo o MCP

O MCP defende que as necessidades psicológicas estão intimamente relacionadas com as emoções, sendo vital o adequado funcionamento emocional para que ocorra a regulação das

necessidades (Vasco,2013). Preconiza-se que é o sistema emocional que sinaliza o grau de regulação da satisfação das necessidades e que motiva o indivíduo para as ações necessárias a essa regulação. As emoções têm assim uma função de sinalização e de preparação para a ação. Neste sentido, Vasco (2013) especifica quatro funções vitais das emoções: (a) **função orientadora no mundo** (no sentido de atribuir significado à experiência); b) **função de comunicação** (quer conosco próprios quer com os outros); (c) **função preventiva** (e.g. quando não nos permitimos entristecer, deprimimo-nos) e por último; (d) **função de sinalização e de preparação para a ação** (implica todas as outras).

De modo que as emoções têm um papel crucial na sobrevivência e adaptação do indivíduo ao meio e na promoção do bem-estar. Por outro lado, postula-se que dificuldades no processamento emocional, ao impedirem a regulação da satisfação das necessidades, podem cristalizar em perturbação. Considera-se, assim, central a promoção de um funcionamento emocional adequado, o que requer: “(a) prestar atenção e permitir o experienciar emocional, particularmente no tocante às emoções primárias; (b) permitir a ativação, diferenciação e expressão emocionais; e (c) promover a regulação emocional, particularmente mediante o agir dos planos de ação motivacionais inerentes às emoções primárias.” (Vasco, 2013, p 42-43).

Ressalte-se que várias pesquisas empíricas levadas a cabo com base no MCP evidenciaram correlações negativas e significativas entre desregulação emocional e a satisfação das necessidades psicológicas (e.g. Vasco & Velho, 2010; Telo & Vasco, 2012).

Com o objetivo de reforçar, aqui, o papel conferido às emoções na promoção da adaptação e do bem estar, considera-se útil e heurístico o apontamento de Vascos (2013) relativo à terminologia simplista das expressões emoções “positivas” e emoções “negativas”. Defende-se que uma terminologia mais útil é: emoções eufóricas (agradáveis) e emoções disfóricas (desagradáveis). As emoções podem ainda ser adaptativas e não-adaptativas (Vasco, 2013).

3.2. Modelo Multidimensional de Regulação Emocional de Gratz e Romer (2004)

O modelo multidimensional da regulação emocional de Gratz e Roemer (2004) destaca como principais estratégias regulatórias a consciência, a compreensão e a aceitação das emoções e, ainda, a capacidade de inibir comportamentos impulsivos e de agir de acordo com objetivos próprios, quando se experienciam emoções desagradáveis.

Gratz e Roemer (2024) inserem-se num grupo de autores que perspetiva as emoções com base na sua natureza funcional e distingue controlo emocional de regulação emocional (Cole,

Michel e Teti, 1994; Thompson, 1994, Gratz & Roemer, 2024). Assim, contrariamente a alguns autores que dão especial relevo ao controle da expressão da experiência emocional (especificamente das emoções desagradáveis) e à redução da ativação emocional (e.g. Cortez & Bugental, 1994; Kopp, 1989; Zeman & Garber, 1996), Gratz e Roemer (2024) defendem que défices na capacidade de diferenciar, experimentar e responder, espontaneamente, à totalidade das emoções, podem ser tão pouco adaptativos como défices na capacidade de atenuar e modelar as emoções desagradáveis intensas (Cole et al., 1994; Gross & Munoz, 1995; Paivio & Greenberg, 1998). Neste sentido, argumentam que a regulação emocional adaptativa envolve a monitorização e a avaliação da experiência emocional, destacando a importância da consciência, compreensão e aceitação das emoções (Thompson & Calkins, 1996 Gratz & Roemer, 2024).

Nesta perspetiva vários autores têm sustentado que o ênfase no controlo das emoções ao invés do ênfase na aceitação e valoração das respostas emocionais, prejudica o processo de regulação emocional sendo que quando se coloca o ênfase no controlo emocional tende-se a experienciar emoções disfóricas como resposta às próprias reações emocionais, o que por sua vez é indicativo, logo à partida, de falta de aceitação emocional (Cole et al., 1994; Paivio & Greenberg, 1998). Há um número crescente de investigações empíricas que tem vindo a sugerir que as tentativas de controlo da expressão emocional podem aumentar o risco de desregulação emocional. Observou-se que os esforços desenvolvidos pelos indivíduos para evitar experiências internas (e.g. pensamentos e sentimentos indesejados) subjazem a muitas perturbações psicológicas, no sentido de que a tendência para retrain a expressão emocional aparece associada a maior ativação fisiológica que se torna mais difícil de regular (Gross & Levenson, 1997; Notarius & Levenson, 1979 citado por Gratz & Roemer, 2004)

Outro aspeto apontado, como significativo, na avaliação e entendimento da regulação emocional é o contexto específico em que esta regulação acontece, i.e., para podermos avaliar se uma estratégia é adaptativa é necessário ter em conta as exigências da situação e os objetivos que se pretende alcançar, o que significa que a regulação emocional adaptativa é aquela que envolve flexibilidade no uso das estratégias de regulação. De modo que a regulação emocional também se relaciona com a capacidade de inibir comportamentos inadequados ou impulsivos e de se envolver em comportamento em concordância com os objetivos desejados, quando se experienciam emoções desagradáveis (Gratz & Roemer, 2004; Melnick & Hinshaw, 2000). A modelação da ativação emocional permite a redução da urgência de resposta à emoção, permitindo que o indivíduo seja capaz de controlar o comportamento associado à emoção, em lugar de ele próprio ser controlado pela emoção (Gratz & Roemer, 2004).

Esta abordagem multidimensional da regulação emocional foi operacionalizada por Gratz e Roemer (2024) através da *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), desenvolvida para avaliar a desregulação emocional. Os itens que compõem a DERS foram elaborados com o objetivo de medir as dificuldades de regulação emocional nas seguintes dimensões: (a) consciência e compreensão das emoções; (b) aceitação das emoções; (c) capacidade para inibir comportamentos impulsivos e implementar comportamentos dirigidos á prossecução de objetivos, quando se experienciam emoções desagradáveis e (d) acesso a estratégias de regulação emocional percebidas como eficazes, i.e., a flexibilidade no recurso a estratégias adequadas à situação para modelar as respostas emocionais (intensidade e/ou duração), em substituição da supressão emocional. O estudo empírico da DRES apontou a importância de distinguir entre consciência e compreensão das respostas emocionais, bem como entre a capacidade de agir de maneira desejada (comportamentos destinados a atingir objetivos) e inibir comportamentos indesejados (controlo de impulsos) aquando da experiência de emoções disfóricas. Entende-se que a ausência de qualquer uma das dimensões mencionadas sugere dificuldades de regulação emocional ou de desregulação emocional.

3.3. Relação entre Regulação Emocional e Psicopatologia

É relativamente consensual que a regulação emocional desempenha um papel crucial na adaptação saudável dos indivíduos às exigências da vida e que dificuldades nesta regulação se associam a problemas de saúde física e psicológica. Numerosos estudos têm concluído, consistentemente, que a capacidade dos indivíduos regularem eficazmente as suas respostas emocionais é um aspeto fulcral para o seu desenvolvimento adaptativo e bem-estar (John & Gross, 2004; Vasco, 2009). Esta constatação tem conduzido a um elevado interesse pelos processos de regulação emocional, no âmbito da saúde mental.

Várias investigações têm sugerido que défices na regulação das emoções estão associados a um maior envolvimento em contínuos esforços para evitar as experiências emocionais (e.g., preocupação excessiva, supressão) e sustentado que esta tendência para evitar a experiência interna de emoções desagradáveis pode estar na origem de muitos sintomas psicopatológicos (Stern et al, 2014). Por exemplo, diversos estudos têm demonstrado que os sintomas de depressão se encontram positivamente associados a tentativas ineficazes (ruminação, catastrofização e supressão expressional) para evitar emoções disfóricas. Observa-se que os indivíduos que sofrem de depressão, muitas vezes manifestam dificuldades de regulação emocional, designadamente na identificação das suas emoções, na tolerância e aceitação das

emoções desagradáveis, no fornecimento de autoapoio com compaixão quando vivenciam emoções negativas e na modificação das suas emoções (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). Tem-se concluído, também, que o uso de estratégias de regulação consideradas não-adaptativas pode predizer sintomas depressivos (Aldao & Nolen - Hoeksema, 2012; Kraaij et al., 2003).

Tal como o observado com a depressão, também a associação entre défices na capacidade de regulação emocional e perturbações de ansiedade tem sido evidenciada em diversos estudos. Por exemplo, de acordo com Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucke e Mennin (2006), indivíduos diagnosticados com a perturbação de ansiedade generalizada, quando comparados com um grupo de controlo, exibem menor clareza emocional, compreensão mais pobre das emoções, maior reatividade negativa às emoções, menor aceitação das emoções e menor capacidade de gestão das emoções. Tull e Roemer (2007), por sua vez, concluíram que os indivíduos com perturbação de ansiedade tendem a usar estratégias de evitamento para lidar com estímulos e experiências aversivas e o uso dessas estratégias tende a aumentar a ansiedade, contribuindo, assim, para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas ansiosos.

A um nível mais lato, a literatura científica tem vindo a documentar a relação entre Regulação Emocional e um vasto leque de quadros psicopatológicos (Gratz & Roemer, 2004). Também no DSM-5 (APA, 2013) se defende que a capacidade de regular eficazmente os estados afetivos indesejados está associado à saúde mental e, na generalidade das perturbações psicológicas, dificuldades na regulação emocional tendem a contribuir para a manutenção dos sintomas psicopatológicos.

3.4. Regulação Emocional e POC

A regulação emocional tem sido conceptualizada como um constructo com uma função potencialmente unificadora de diversos sintomas psicopatológicos (Gross & Munoz, 1995). Como vimos, numerosos estudos têm sustentado que défices na regulação emocional podem contribuir para a origem e manutenção de sintomas associados às perturbações de humor e ansiedade. Algumas investigações recentes sugerem resultados semelhantes para a POC. Contudo, há muita pouca pesquisa empírica que tenha estudado a regulação emocional no contexto da POC (Stern et al, 2014; Fergus & Bardeen, 2014)

Numa das primeiras investigações em que se estuda as relações entre a POC e a desregulação emocional com recurso à *Difficulties in Emotion Regulation Scale* – DERS, verificou-se que as escalas da DERS que aparecem relacionadas com os sintomas obsessivo-

compulsivos são: dificuldade de controlo de impulso, acesso limitado às estratégias de regulação emocional e falta de clareza emocional (De La Cruz et al 2013). De forma idêntica Fergus e Bardeen (2014) constataram que as variáveis da regulação emocional que mais se associam aos sintomas POC são: supressão emocional, falta de clareza das emoções e dificuldades de controlo de impulso, quando se experiencia emoções disfóricas. Num outro estudo recente, Stern et al (2014) encontraram associações entre os sintomas obsessivo-compulsivos e a compreensão emocional pobre e, ainda, a reatividade negativa às emoções (medo de ansiedade, medo de humor deprimido, medo de emoções positivas e medo de raiva).

É de evidenciar que, apesar da heterogeneidade dos sintomas da POC, Fergus & Bardeen (2014), ao contrário do que previam inicialmente no seu estudo, verificaram um padrão quase idêntico de resultados para cada dimensão de sintomas obsessivo-compulsivos e as dificuldades de regulação emocional.

Os estudos que relacionam a POC com a Regulação emocional, como vimos, são escassos, e é importante que se desenvolvam mais investigações neste âmbito, especificando quais os défices de regulação caraterísticos desta perturbação, bem como as implicações para o desenvolvimento e manutenção da sintomatologia. O presente estudo procura contribuir para colmatar a escassez de investigação nesta área.

Em síntese, a revisão da literatura sobre as necessidades psicológicas e o sistema emocional evidência o papel central destas variáveis quer na psicopatologia quer na saúde mental. Dados provenientes da investigação no âmbito do MCP revelam que dificuldades no processamento emocional, ao impedirem a regulação da satisfação das necessidades, podem cristalizar em perturbação, considera-se, assim, que o adequado funcionamento emocional é vital para que ocorra a regulação das necessidades, uma vez que é o sistema emocional que sinaliza o grau de regulação da satisfação das necessidades psicológicas e prepara o indivíduo para a ação (Telo, 2012; Vasco, 2013).

De modo que dadas estas evidências suportadas por investigações, no âmbito de modelos integrativos (Paivio & Greenberg, 1998; Gratz & Roemer, 2004 Vasco, 2013), considera-se que o estudo da POC com base na primazia de variáveis cognitivo-comportamentais, negligenciando as necessidades psicológicas e o sistema emocional, como predominantemente tem vindo acontecer, é redutor e inadequado, sugere-se, assim, a importância da inclusão destas variáveis integrativas na concetualização da POC.

4.Problemática, Objetivos e Hipóteses

A Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC), como já referido, era tradicionalmente considerada rara, mas sabe-se hoje que tem uma incidência relevante (2.0% a 2.5% ao longo da vida), dado o elevado comprometimento psicossocial que lhe está associado. Nos casos mais severos, causa grande sofrimento e é muito incapacitante, tendo impacto na qualidade de vida, não apenas dos portadores, mas também das suas famílias. Tendo em conta a complexidade da sua etiologia e os resultados limitados das terapias atuais, torna-se útil e pertinente ponderar novas formas de concetualização e de intervenção.

Nas duas últimas décadas, os modelos integrativos têm vindo gradualmente a ganhar relevo, através da introdução de novas variáveis, bem como de configurações terapêuticas mais ajustadas à complexidade do ser humano e, assim sendo, mais holistas, abrangentes e responsivas, centradas no paciente e nas suas características e necessidades (mais do que nos diagnósticos). É assim que o presente estudo se insere no Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP), o qual incorpora variáveis de natureza integrativa, como o Sistema Emocional e as Necessidades Psicológicas. Este modelo tem vindo a evidenciar significativo suporte empírico, quer no que respeita à sua teoria da adaptação, quer relativamente à sua teoria da perturbação, i.e., as investigações realizadas no âmbito do MCP têm demonstrado que o bem-estar psicológico aparece associado à capacidade dos indivíduos se moverem entre as polaridades dialéticas das necessidades psicológicas e, ainda, que a perturbação se associa a dificuldades no balanceamento entre estas necessidades (e.g. Faria & Vasco, 2011; Sol & Vasco, 2012; Vasco, 2013).

Dada a escassez de estudos sobre a POC, neste âmbito, considerou-se de grande relevo levar a cabo uma investigação que incidisse sobre estas variáveis integrativas. Até ao momento, as investigações sobre a POC têm dado primazia às variáveis cognitivas e comportamentais, descurando os processos emocionais e as necessidades psicológicas. Não obstante, a importância das variáveis cognitivo-comportamentais na compreensão desta perturbação, sugere-se que a incorporação destas novas variáveis no estudo da POC, para além de aumentar o conhecimento sobre esta perturbação, pode contribuir para conceptualizações e intervenções mais holísticas e próximas das necessidades e características desta população, com possíveis ganhos a nível terapêutico. Neste âmbito, é de ressaltar que os modelos integrativos, como é o caso do MCP, têm vindo a defender que as tomadas de decisão em clínica devem ser feitas não apenas com base no diagnóstico, mas sobretudo tendo em conta as características psicológicas do paciente (e.g. Vasco, 2005). Esta postura questiona, por um lado, as intervenções que se

centram na patologia e negligenciam todas as outras variáveis do paciente e, paralelamente, avança com o conceito de “pessoa total” cuja perturbação é apenas uma manifestação inserida numa totalidade complexa que é a pessoa (Vasco, 2005). Neste sentido, com este estudo procura-se, sobretudo, dar um contributo para a caracterização psicológica da população com POC (nomeadamente a nível da regulação das necessidades psicológicas, das discrepâncias entre as necessidades, bem como dos padrões de regulação emocional predominantes), com o objetivo último de proporcionar uma reflexão sobre a relevância de se equacionar novas formas de intervenção mais eficazes com esta população.

Simultaneamente, tem-se a intensão de contribuir para ampliar o âmbito de investigação dentro do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP), uma vez que este modelo integrativo ainda foi pouco utilizado para compreender perturbações específicas.

Define-se como **objetivo** principal desta investigação contribuir para uma compreensão mais alargada da POC, no que respeita a características psicológicas a ela associadas. Pretende-se nomeadamente:

- compreender e identificar as dificuldades de regulação emocional nas pessoas com POC
- caracterizar a regulação da satisfação das necessidades psicológicas na POC,
- identificar um perfil de discrepâncias de necessidades psicológicas característico da POC,
- e averiguar as diferenças entre o grupo Clínico (amostra da população com diagnóstico de POC) e o grupo Não Clínico (amostra extraída da população geral, sem perturbação diagnosticada) nas variáveis em estudo.

As **hipóteses** que se levantam nesta investigação são as seguintes:

- Quando comparado com o grupo Não Clínico, espera-se que o grupo Clínico (com diagnóstico de POC) apresente:
 - a) H1: sintomatologia mais elevada na última semana (medida pelo BSI);
 - b) H2: maiores níveis de dificuldades na regulação emocional;
 - c) H3: níveis inferiores de regulação da satisfação das necessidades psicológicas, bem como nas polaridades dialéticas;
 - d) H4: valores mais elevados nos perfis de discrepâncias;
 - e) H5: perfis de discrepâncias distintos dos que emergem na população geral e que contribuam para a formação de um perfil integrativo característico desta população clínica.

- Quanto às correlações entre as variáveis em estudo, espera-se que:

- H6: as 9 dimensões da Sintomatologia medidas pelo BSI se correlacionem positivamente entre si;
- H7: as 6 dimensões das dificuldades de regulação emocional se correlacionem positivamente entre si;
- H8: as seis dimensões de dificuldades de regulação emocional se correlacionem negativamente com as necessidades psicológicas e as polaridades dialéticas;
- H9: as seis dimensões de dificuldades de regulação emocional se correlacionem positivamente com a sintomatologia;
- H10: as necessidades psicológicas e as polaridades dialéticas se correlacionem positivamente entre si;
- H11: a regulação da satisfação das necessidades psicológicas e as polaridades dialéticas se correlacionem negativamente com a sintomatologia;
- H12: os perfis de discrepâncias se correlacionem positivamente entre si e viabilizem, como tal, a formação de um perfil integrativo
- H13: os perfis de discrepâncias se correlacionem negativamente com a regulação da satisfação das necessidades e com as polaridades dialéticas
- H14: os perfis de discrepâncias se correlacionem positivamente com as dimensões de sintomatologia
- H15: os perfis de discrepâncias se correlacionem positivamente com as 6 dimensões de dificuldades de Regulação Emocional.

Método

1.1. Participantes

A presente investigação contou com 106 participantes, dos quais 82 são provenientes da população geral e os restantes 24 têm diagnóstico de Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC) e estavam a receber acompanhamento psicológico relativamente a esta perturbação na altura em que aceitaram participar na presente investigação.

A seleção da amostra regeu-se pelo critério de conveniência, tendo como condições de inclusão: idade mínima de 18 anos e domínio da língua portuguesa.

Para realizar o estudo de comparação inter-grupos (grupo clínico e grupo não clínico) optou-se por constituir duas subamostras homólogas, com a mesma dimensão e características

sociodemográficas equivalentes. Assim, de entre os 82 indivíduos da população geral selecionaram-se 24 indivíduos com idade, sexo e habilitações literárias semelhantes ao grupo com POC.

Na seleção dos indivíduos do grupo não clínico teve-se ainda em consideração o valor do ponto de corte do BSI (Índice de Sintomas Positivos ≤ 1.7) que segundo Canavarro (1999) constitui o ponto crítico para distinguir indivíduos perturbados emocionalmente de não perturbados. Este critério foi utilizada com o objetivo de assegurar que neste grupo não se incluíam indivíduos da população geral com POC ainda não diagnosticada.

Como se pode observar no Quadro 1, as duas subamostras são equivalentes relativamente ao género, idade e grupos etários. Também quanto à escolaridade são bastante semelhantes.

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica da amostra total e das subamostras Clínica e Não Clínica

	Amostra (n= 106)		Subamostra Clínica (n= 24)		Subamostra Não Clínica (n=24)	
	F	%	F	%	F	%
Sexo						
Feminino	65	61.0	12	50.0	12	50.0
Masculino	41	39.0	12	50.0	12	50.0
Grupo etário						
18-30	20	19.0	5	21.0	5	21.0
31-50	69	65.0	15	62.0	15	62.0
51-66	17	16.0	4	17.0	4	17.0
Escolaridade						
Inferior 9º ano	4	4.0	1	4.0	1	4.0
9º ano	15	14.0	6	25.0	7	29.0
Secundário	29	27.0	11	46.0	10	42.0
Licenciatura	58	55.0	6	25.0	6	25.0
Com Perturbação	27	25.00	24	100.00	0	0.00

	Amostra (n= 106)	Subamostra Clínica (n= 24)	Subamostra Não Clínica (n=24)
Idade			
M	40.18	39	40.33
Mínimo	18	19	18
Máximo	66	62	60
DP	11.09	11,76	10.96

Nota. Os grupos etários são intervalos fechados, assim sendo, por exemplo a intervalo 18-30 inclui os indivíduos com 18 e 30 anos. F= frequências absolutas; DP= desvio padrão; M= média

1.2.Procedimentos

A recolha de dados foi obtida através da resposta a questionários no formato papel e lápis.

Como mencionado, dentro da amostra global distinguem-se duas subamostras: um grupo Clínico (com diagnóstico de POC) e um grupo Não-clínico (da população geral sem perturbação). À totalidade da amostra foi solicitado o preenchimento de um protocolo de

questionários que incluía um de questões sociodemográficas (idade, sexo, habilitações literárias, dados relativos à perturbação) e quatro de autorrelato.

A aplicação do protocolo, à subamostra Clínica, foi realizada presencialmente de forma individualizada pela investigadora, em contexto de consultório. O recrutamento dos participantes desta amostra ocorreu entre Abril e Julho de 2015 em instituições públicas e privadas. A proveniência destes participantes por instituição é a seguinte: 14 participantes do Hospital Júlio de Matos, 7 do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, 1 do Serviço à Comunidade da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e 2 de consultório privado.

Por sua vez, para o recrutamento de indivíduos da população geral recorreu-se a amigos, bem como a clubes desportivos, escolas e empresas. Estes participantes, também avaliados entre Maio e Julho de 2015, preencheram o protocolo na sua casa e devolveram-no posteriormente em envelope fechado.

A participação foi voluntária. No que respeita à amostra clínica antes do início do preenchimento do protocolo, e após o acolhimento dos participantes, foi recolhido o consentimento informado. Relativamente à amostra da população geral, entregou-se a cada participante um envelope com o protocolo de questionários e o consentimento informado no interior. Não foi pedido qualquer dado relativo à identificação pessoal dos participantes. A cada participante foi atribuído um código convencional, sendo assim assegurada a confidencialidade dos dados através do anonimato dos participantes.

1.3.Medidas

Na Tabela 1 apresentam-se as variáveis desta investigação e os instrumentos de autorrelato utilizados para as medir.

Tabela 1. *Variáveis e instrumentos deste estudo*

Variáveis	Instrumentos
Sintomatologia	Inventário de Sintomas Psicopatológicos –ISP Versão adaptada para a população portuguesa por Afonso (1988) do Brief Symptoms Inventory - BSI (Derogatis, 1982)
Dificuldades de Regulação Emocional	Escala de Dificuldades de Regulação Emocional-EDRE Versão adaptado para a População Portuguesa por Vaz, Vasco & Greenberg, (2010) da Difficulties in Emotion Regulation Scale -DERS (Gratz & Roemer, 2004.)

Regulação das Necessidades Psicológicas	Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades – ERSN-43 (Conceição & Vasco, 2013)
Perfis de Discrepâncias das Necessidades Psicológicas	Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades- EPDN-67 (Vasco, Barcelos & Lopes, 2015)

De seguida, apresenta-se uma breve descrição dos quatro instrumentos utilizados nesta investigação, bem como dos valores de consistência interna, medidos pelo alfa de Cronbach.

1.3.1. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptoms Inventory* -BSI)

O *Brief Symptoms Inventory* (BSI) é uma versão abreviada do SCL-90-R (Derogatis e Melisaratos, 1982). Este inventário de autorrelato é composto por 53 itens referentes a problemas ou sintomas que afetaram o indivíduo durante a última semana, avaliados através de uma escala de Likert, que vai desde “0-Nunca” a “4-Extremamente”. Como mencionado, a versão portuguesa usada neste estudo é a de Afonso (1988).

Quadro 2. *Consistência interna (alfa de Cronbach) do BSI*

Escala e subescalas	Nº de itens	α Original	α Presente Estudo (N=106)
Somatização	7	.80	.90
Obsessões compulsões	6	.83	.88
Sensibilidade Interpessoal	4	.74	.80
Depressão	6	.85	.88
Ansiedade	6	.81	.89
Hostilidade	5	.78	.80
Ansiedade Fóbica	5	.77	.87
Ideação Paranoide	5	.77	.81
Psicoticíssimo	5	.71	.81

Os sintomas psicopatológicos são medidos em nove dimensões de sintomatologia (*Somatização, Obsessão-compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticíssimo*) e três índices globais, que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional, são eles: Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (ISP). Apresentam-se os seguintes exemplos de itens: “*Nervosismo ou agitação interior*” (*Ansiedade*); “*Não*

sentir interesse nas coisas” (Depressão); “ter de verificar e tornar a verificar o que faz” (Obsessão-compulsão)

Como ilustrado no Quadro 2, o BSI apresenta níveis elevados de consistência interna quer no estudo original quer no presente estudo, uma vez que segundo DeVellis (2003, tal como citado por Pallant, 2007) uma consistência interna superior a .70 é considerada elevada.

Neste estudo, os valores de alfa Cronbach estão compreendidos entre um mínimo de .80 (*Sensibilidade Interpessoal e Hostilidade*) e um máximo de .90 (*Somatização*).

1.3.2 Escala de Dificuldades de Regulação Emocional - EDRE

Quadro 3 *Consistência interna (Alfa de Cronbach) da EDRE*

Escala e subescalas	Nº de itens	α Instrumento original	α Adaptado	α Presente Estudo (n=106)
Aceitação	6	.85	.75	.89
Clareza	5	.84	.75	.70
Consciência	6	.80	.74	.74
Estratégias	8	.88	.88	.81
Impulsos	6	.86	.80	.85
Objetivos	5	.89	.85	.88
Escala Global	36	.93	.92	.94

A EDRE foi concebida com o objetivo de medir os aspetos clinicamente relevantes da regulação emocional não-adaptativa. É um instrumento de autorrelato composto por 36 itens que através de uma escala de Likert de 1 a 5 (1- “Quase Nunca”; 5- “Quase Sempre”) avalia seis domínios de dificuldades de regulação emocional: 1) *Aceitação*: dificuldades na aceitação das respostas emocionais (e.g. “Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma”); 2) *Clareza*: falta de conhecimento e clareza sobre as emoções experimentadas (e.g. “Tenho dificuldade em atribuir um significado aos sentimentos”); 3) *Consciência*: ausência de atenção e consciência emocional (e.g. “Estou atento aos meus sentimentos”); 4) *Estratégias*: acesso limitado a estratégias de regulação emocional percebidas como efetivas (e.g. “Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo”); 5) *Impulsos*: dificuldades no controlo de impulsos perante a experiência de emoções desagradáveis (e.g. “Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos”) e 6) *Objetivos*: dificuldade no envolvimento em comportamentos dirigidos a objetivos na presença

de emoções desagradáveis (e.g. “*Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em focar-me em outras coisas*”).

Como pode ser observado no Quadro 3, a EDRE apresenta boa consistência interna medida pelo alfa de Cronbach. Quer na versão original quer na adaptada, bem como no presente estudo observa-se uma elevada consistência interna, dado que nos 3 estudos, todas as dimensões, apresentam valores iguais ou superiores a .70. e a escala Global apresenta valores superiores a .90.

Neste estudo, os valores de alfa de Cronbach nas seis dimensões oscilam entre o valor mais baixo de .70 (Clareza) e o máximo de .89 (Aceitação).

1.3.3. Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades - ERSN-43

Quadro 4 *Consistência interna (alfa de Cronbach) da ERSN*

Escalas e Subescalas	Número de itens	α Estudo Conceição (2013) (n=271)	α Estudo Barcelos & Lopes (2014) (n=271)	α Presente estudo (n=106)
Prazer	3	.80	.81	.91
Dor	4	.27	.49	.37
Proximidade	3	.74	.73	.75
Diferenciação	3	.64	.55	.69
Produtividade	3	.88	.90	.93
Lazer	3	.68	.71	.86
Controlo	3	.80	.68	.78
Cooperação	3	.74	.72	.81
Exploração	3	.76	.76	.87
Tranquilidade	3	.79	.85	.85
Coerência do Self	3	.82	.78	.91
Incoerência do Self	3	.66	.63	.73
Autoestima	3	.89	.93	.95
Autocrítica	3	.59	.70	.75
Prazer/Dor	7	.59	.66	.77
Proximidade/Diferenciação	6	.66	.69	.74
Produtividade/ Lazer	6	.82	.85	.92
Controlo/Cooperação	6	.78	.77	.88
Exploração/Tranquilidade	6	.79	.81	.89
Coerência/Incoerência	6	.85	.84	.91
Autoestima/Autocrítica	6	.79	.85	.89
Escala Global	43	.94	.95	.97

A ERSN-43 foi construída com base no MCP e deriva da ERSN-57 que, para além dos 43 itens incluídos no presente estudo, incorpora mais 14 itens referentes à escala de validade. A

ERSN tem vindo a ser aperfeiçoada desde a sua versão original em 2011, altura em que continha 159 itens (Vasco, Bernardo, Cadilha, Calinas, Fonseca, Guerreiro, Rodrigues & Rucha, 2011). A partir do estudo de Conde & Vasco (2012) foi reduzida inicialmente para 134 itens e posteriormente para 57 itens (Vargues-Conceição & Vasco, 2013) e passou a incluir três colunas de resposta respeitantes aos *Selves* Real, Ideal e Obrigatório. Nesta investigação, inclui-se apenas a coluna referente ao self real.

Esta escala é um instrumento de autorrelato com o qual se pretende avaliar a capacidade de regulação da satisfação de catorze necessidades psicológicas apontadas pelo MCP, a partir da resposta numa escala de Likert de oito pontos (1- “Discordo totalmente” a 8- “Concordo totalmente”; os pontos 4 e 5 separam as zonas de acordo e desacordo). Os 43 itens que compõem ERSN-43 estão distribuídos por 14 subescalas: Prazer (8, R13, 19); *Dor* (R9, 14, 24, 30); *Proximidade* (R5, 6, R11); *Diferenciação* (R3, R18,28); *Produtividade* (10, 40, 43); *Lazer* (12, 15, 42); *Controlo* (16, 21, 29); *Cooperação* (23, 25,31,); *Exploração* (4, 7, 32); *Tranquilidade* (20, 27, 39); *Coerência do self* (33, 34, 37); *Incoerência do self* (17, 26, R41); *Autoestima* (2, 36, 38) e *Autocrítica* (1, 22, 35). Estas 14 subescalas são ainda agrupadas em sete subescalas de polaridades dialéticas: *Prazer/Dor*, *Proximidade/Diferenciação*, *Produtividade/Lazer*, *Controlo/Cooperação*, *Exploração/Tranquilidade*, *Coerência do Self/Incoerência do Self* e *Autoestima/Autocrítica*. Perfazendo um total de 21 subescalas. Como exemplos de itens apresentam-se os seguintes: “*De forma geral, estou satisfeito comigo mesmo*” (Autoestima), “*Sinto mal-estar quando tenho que discordar de alguém*” (Diferenciação), “*Sinto que consigo tirar prazer da vida*” (Prazer).

No Quadro 4 ilustram-se os valores do alfa de Cronbach, da escala global e das catorze subescalas, obtidos nos estudos de Conceição & Vasco (2013), Barcelos, Lopes & Vasco (2014) e no presente estudo. A escala global apresenta uma consistência interna muito elevado nos três estudos, respetivamente 94 , .95 e .97. Na maioria das subescalas os valores de alfa também são elevados. No presente estudo, apenas as subescalas *Dor* ($\alpha=37$) e *Diferenciação* ($\alpha=69$) apresentam alfas inferiores a .70; as outras subescalas apresentam valores entre .73 (*Incoerência do Self*) e .95 (*Autoestima*). Segundo Maroco e Garcia-Marques (2006), valores superiores a .60 são considerados aceitáveis, assim sendo também a subescala *Diferenciação* ($\alpha=69$) está dentro dos valores considerados aceitáveis, apenas a subescala *Dor* ($\alpha=37$) apresenta um valor de alfa baixo. É de referir que os itens 9 (“*Sentir-me zangado com alguém é sempre sinal de má educação*”) e 14 (“*É humano chorar a perda de alguém que amamos*”) da subescala *Dor* têm correlação item total inferiores a .30 e prejudicam a consistência interna

da escala. Sendo, ainda, de assinalar a elevada desejabilidade social inerente a estes dois itens, o que provavelmente influenciou a resposta dos participantes.

1.3.4. Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades - EPDN- 67

Tal como a ESRN, a EPDN-67 é um instrumento de autorrelato construído com base no quadro teórico do MCP. A resposta aos itens é apresentada também numa escala de Likert de oito pontos, variando entre 1 “Discordo totalmente” e 8 “Concordo totalmente”; os pontos 4 e 5 separam as zonas de acordo e desacordo. Os 67 itens que constituem a escala estão distribuídos por catorze subescalas representativas de cada um dos perfis de discrepância. São elas: *+Prazer -Dor* (três itens: 1, 15, 29); *-Prazer +Dor* (quatro itens: 8, 22, 36, 50); *+Proximidade -Diferenciação* (cinco itens: 2, 16, 30, 44, 57); *-Proximidade +Diferenciação* (cinco itens: 9, 23, 37, 51, 62); *+Produtividade -Lazer* (cinco itens: 3, 17, 31, 45, 58); *-Produtividade +Lazer* (quatro itens: 10, 24, 38, 52); *+Controlo -Cooperação* (cinco itens: 4, 18, 32, 46, 59); *-Controlo +Cooperação* (quatro itens: 11, 25, 39, 53); *+Exploração -Tranquilidade* (quatro itens: 5, 19, 33, 47); *-Exploração +Tranquilidade* (cinco itens: 12, 26, 40, 54, 63); *+Coerência do Self -Incoerência do Self* (seis itens: 6, 20, 34, 43, 48, 60); *-Coerência do Self +Incoerência do Self* (seis itens: 13, 27, 41, 55, 64, 66); *+Autoestima -Autocrítica* (seis itens: 7, 21, 35, 49, 61 e 67) e *-Autoestima +Autocrítica* (cinco itens: 14, 28, 42, 56, 65). Na base da construção da EPDN está o objetivo de traçar um perfil integrativo do funcionamento estrutural dos indivíduos a partir da avaliação do conjunto das discrepâncias. Dão-se os seguintes exemplos de itens: *“Nunca consigo tolerar sentir-me sozinho/a.”* (*+Proximidade -Diferenciação*); *“Sinto-me superior aos outros.”* (*+Autoestima -Autocrítica*) e *“Vivo em constante sacrifício (-Prazer +Dor).”*

Originalmente a EPDN tinha 66 itens (Vasco, Barcelos, Carolino, Lopes & Várzea, 2014), tendo sido posteriormente reformulada (em Abril de 2015). Retirou-se um item à subescala *+Prazer -Dor* e acrescentou-se um item à subescala *+Coerência do Self - Incoerência do Self* e outro item à subescala *+Autoestima -Autocrítica*, bem como fizeram-se alterações na formulação de grande parte dos itens das várias subescalas, por exemplo o item (29) *“Sentir que tenho a atenção dos outros é algo essencial e que me dá prazer”* foi reformulado para *“Faço sempre tudo para ser o centro das atenções”* (Vasco, Barcelos & Lopes, 2015).

Como se pode verificar no Quadro 5, a escala global da EPDN apresenta níveis elevados de consistência interna quer no estudo original (Barcelos, Lopes & Vasco, 2014) quer no presente estudo, respetivamente. 93 e .95. Neste estudo, à exceção de quatro subescalas que

apresentam valores abaixo de .70 (+Prazer -Dor; - *Produtividade* +Lazer; +*Exploração* - *Tranquilidade* e +*Coerência do Self* - *Incoerência do Self*), todas as outras apresentam valores elevados, com alfas de *Cronbach* que variaram entre .70 (+*Autoestima*-*Autocrítica*) e um máximo de .91 (- *Coerência do Self* +*Incoerência do Self*).

Quadro 5. *Consistência interna (alfa de Cronbach) da EPDN*

Escalas e Subescalas	Nº de itens	α Estudo Barcelos & Lopes (n=271)	α Presente estudo (n=106)
+ Prazer – Dor	3	.66	.15
- Prazer + Dor	4	.86	.89
+ Proximidade -Diferenciação	5	.67	.71
- Proximidade +Diferenciação	5	.74	.87
+ Produtividade – Lazer	5	.78	.73
- Produtividade + Lazer	4	.74	.61
+ Controle – Cooperação	5	.57	.72
- Controle + Cooperação	4	.71	.79
+ Exploração – Tranquilidade	4	.69	.52
- Exploração + Tranquilidade	5	.70	.72
+ Coerência - Incoerência	6	.67	.29
- Coerência + Incoerência	6	.91	.91
+ Autoestima – Autocrítica	6	.70	.70
- Autoestima + Autocrítica	6	.85	.88
Escala Global	67	.93	.95

É de assinalar que neste estudo as subescalas +Prazer -Dor e +Coerência do Self - *Incoerência do Self* apresentam valores de alfa substancialmente mais baixos do que no estudo original (Barcelos, Lopes & Vasco, 2014) como se pode observar no Quadro 5. No que respeita à subescala +Prazer -Dor, uma análise mais detalhada permite observar que o item 1 (“*sempre que sofro procuro logo algo que me proporcione prazer e bem estar*”) tem uma correlação item-total negativa e prejudica muito a consistência interna da escala, sendo ainda de referir que na reformulação da EPDN foi retirado um item a esta escala, passando a ser composta por três itens em vez de quatro. Relativamente à subescala +Coerência do Self - *Incoerência do Self*, o item que mais está a prejudicar a consistência interna da escala é o 43 (“*Perturba-me muito a ideia de poder ser incoerente*”); tem uma correlação item-total negativa e foi acrescentado quando se reformulou a escala

1.4. Técnicas de Tratamento de Dados

Para a análise de dados recorreu-se ao software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.

Atendendo à grande dimensão da amostra ($n=106$) e ao facto de, na generalidade, as variáveis apresentarem uma distribuição próxima da Normal, optou-se pelo coeficiente de Pearson para o estudo das correlações entre as variáveis e utilizou-se o critério de Cohen para interpretar os coeficientes. Através da fórmula de McNemar realizou-se a correção das correlações espúrias relativas às correlações entre a escala global e a as respectivas subescalas dos instrumentos EDRE, ERSN e EPDN.

O teste das hipóteses relativas às diferenças entre o grupo Clínico e o grupo de Não Clínico realizou-se com recurso à MANOVA não paramétrica e ao teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. É de realçar que antes de se proceder aos testes de comparação entre grupos, uma vez que a dimensão das subamostras (grupo clínico e grupo não clínico) é inferior a 30 ($n=24$), averiguou-se a normalidade das distribuições, através do Teste Shapiro-Wilk, e a igualdade de variância entre os dois grupos, com recurso ao Teste de Levene, pressupostos para a realização de Testes paramétricos. Optou-se pelos Testes não paramétricos, dada a pequena dimensão da amostra ($n<30$), e ainda devido a ter-se observado que um conjunto de variáveis não respeitava cumulativamente os critérios de normalidade da distribuição e de homogeneidade de variâncias entre os dois grupos. Usou-se a estatística de teste traço *de Pillai*, por ser considerada a mais robusta no caso de amostras de dimensão reduzidas (Maroco, 2010; Pallant, 2007) e com base nos resultados do traço de Pillai prosseguiu-se para os testes univariados.

Resultados

1. Comparação Inter-grupos

Para testar as hipóteses centrais deste estudo, relativas às diferenças entre o grupo Clínico e o grupo Não Clínico nas variáveis em estudo, recorreu-se à MANOVA não paramétrica e ao teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, uma vez que não se confirmaram os postulados necessários à aplicação de métodos paramétricos. De facto, através do Teste *M de BOX* verificou-se a não

ocorrência de homogeneidade de covariâncias nas variáveis em estudo (ver Quadro 6). Não se verificando este pressuposto, considerou-se adequado recorrer à MANOVA não paramétrica, para realizar a análise comparativa multivariada, com o objetivo de verificar a existência de efeitos significativos nas variáveis em estudo, entre os dois grupos, tomando-se, assim, em conta as intercorrelações das variáveis (Maroco, 2010). Com base no teste *traço de Pillai* confirmou-se a existência de diferenças significativas entre os dois grupos em todos os instrumentos utilizados (ver Quadro 6). Para identificar em quais das variáveis se observam essas diferenças significativas, foi necessário prosseguir com testes univariados, para o que se recorreu ao teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney.

De referir ainda que também se apuraram as estatísticas descritivas dos resultados das escalas e total dos instrumentos utilizados neste estudo (ver anexo D)

Quadro 6. *Estatísticas do teste M BOX e do teste traço de Pillai, relativas aos instrumentos utilizados e à variável polaridades dialéticas das necessidades*

	M de BOX	ns	Traço de Pillai	ns
BSI	218.92	***	.654	***
EDRE	52.90	**	.677	***
EDRN	219.00	**	.628	***
Polaridades	56.00	*	.539	***
EPDN	235.34	***	.736	***

*** $p \leq .001$ ** $p \leq .01$ * $p \leq .05$

1.1 Sintomatologia

Analisando o Quadro 7, onde estão apresentados os resultados do Teste Wilcoxon-Mann-Whitney relativos à sintomatologia, é possível observar diferenças extremamente significativas ($p < .001$) entre os dois grupos em todas as dimensões do BSI.

O grupo Clínico, comparativamente com o grupo Não Clínico, apresenta uma sintomatologia significativamente mais elevada nas nove dimensões do BSI.

Quadro 7. *Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo Clínico e o grupo Não Clínico relativamente às nove dimensões de Sintomatologia (BSI).*

	Ordens Médias		U	ns
	Grupo Clínico (n=24)	Grupo Não Clínico (n=24)		
Somatização	30.69	18.31	139.50	**
Obsessões-compulsões	33.92	15.08	62.00	**
Sensibilidade Interpessoal	35.15	13.85	32.50	**
Depressão	34.96	14.04	37.00	**
Hostilidade	31.96	17.04	109.00	**
Ansiedade	34.06	14.94	58.50	**
Ansiedade Fóbica	34.48	14.52	48.50	**
Ideação Paranoide	33.52	15.48	71.50	**
Psicoticíssimo	34.60	14.40	45.50	**

** p≤.001

1.2. Dificuldades de Regulação Emocional

Como ilustrado no Quando 8, as Ordens médias observadas nos dois grupos revelam diferenças muito significativas entre cinco dimensões das dificuldades de regulação Emocional. Assim, em comparação com o grupo Não Clínico, o grupo Clínico manifesta níveis mais elevados de dificuldades de regulação emocional nas dimensões: Clareza; Aceitação; Estratégias; Impulsos e Objetivos. Relativamente à dimensão Consciência, as Ordens médias são praticamente iguais nos dois grupos, de modo que não se observam diferenças significativas.

Quadro 8. *Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo Clínico e o grupo Não Clínico, relativamente às seis dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE).*

	Ordens Médias		U	ns
	Grupo Clínico (n=24)	Grupo Não Clínico (n=24)		
Aceitação	31.85	17.15	111.50	**
Clareza	31.21	17.79	127.00	**
Consciência	24.60	24.40	285.50	--
Estratégias	34.48	14.52	48.50	**
Impulsos	33.73	15.27	66.500	**
Objetivos	34.90	14.10	38.50	**

** p≤.001; -- p>.05

1.3. Regulação da Satisfação de Necessidades Psicológicas

O teste de comparação das Ordens médias relativamente às catorze necessidades psicológicas e às sete polaridades mostra diferenças extremamente significativas entre os dois grupos, à exceção da subescala *Diferenciação* (ver Quadro 9).

Em comparação com o grupo Não Clínico, o grupo Clínico apresenta níveis mais baixos de regulação emocional em todas as polaridades dialéticas e em treze necessidades psicológicas. *Diferenciação* é a única necessidade psicológica em que a diferença de Ordens médias entre os dois grupos não é estatisticamente significativa, contudo também nesta necessidade o grupo Clínico apresenta níveis mais baixos de regulação.

Quadro 9. Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo Clínico e o grupo Não Clínico, relativamente às catorze necessidades psicológicas e sete polaridades dialéticas (ERSN).

	Ordens Médias		U	ns
	Grupo Clínico (n=24)	Grupo Não Clínico (n=24)		
Prazer	15.10	33.90	62.50	**
Dor	17.58	31.42	122.00	**
Proximidade	18.31	30.69	139.50	**
Diferenciação	21.40	27.60	213.50	--
Produtividade	15.60	33.40	74.50	**
Lazer	15.75	33.25	78.00	**
Controlo	18.52	30.48	144.50	*
Cooperação	16.83	32.17	104.00	**
Exploração	15.96	33.04	83.00	**
Tranquilidade	14.71	34.29	53.00	**
Coerência do Self	16.73	32.27	101.50	**
Incoerência do Self	16.75	32.25	102.00	**
Autoestima	14.31	34.69	43.50	**
Autocrítica	17.63	31.38	123.00	**
Prazer/Dor	15.63	33.38	75.00	**
Proximidade/Diferenciação	18.71	30.29	149.00	**
Produtividade/ Lazer	15.08	33.92	62.00	**
Controlo/Cooperação	17.25	31.75	114.00	**
Exploração/Tranquilidade	14.73	34.27	53.50	**
Coerência Self/Incoerência Self	15.96	33.04	83.00	**
Autoestima/Autocrítica	14.77	34.23	54.50	**

**p ≤ .001; -- p > .05

1.4. Perfis de Discrepâncias das Necessidades Psicológicas

Como é visível no Quadro 10, as Ordens médias obtidas nos dois grupos relativamente às discrepâncias nas necessidades psicológicas mostram diferenças significativas na generalidade dos perfis, são exceção apenas *+Exploração -Tranquilidade*, *+Coerência -Incoerência* e *+Autoestima -Autocrítica*.

O grupo Clínico, comparativamente com o grupo Não Clínico, apresenta níveis significativamente mais elevados de discrepância em onze perfis, de notar que o perfil *+Prazer-Dor* é aquele em que a diferença entre os dois grupos é de nível de significância mais baixo ($p < .05$).

No perfil *+Coerência -Incoerência* não se observam diferenças significativas entre os dois grupos, contudo o grupo Não Clínico apresenta níveis ligeiramente mais elevados de discrepância. E nos perfis *+Exploração -Tranquilidade* e *+Autoestima -Autocrítica*, as Ordens médias são muito semelhantes nos dois grupos.

De modo que no grupo Clínico os perfis com as Ordens médias mais baixas são: *+Coerência - Incoerência*; *+Autoestima - Autocrítica*; *+Exploração - Tranquilidade* e *+Prazer-Dor*. E por outro lado, os perfis que assumem Ordens médias mais elevados são: *- Coerência +Incoerência*; *-Autoestima +Autocrítica* e *-Prazer/+Dor*.

Quadro 10. *Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo Clínico e o grupo Não Clínico, relativamente aos catorze Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas (EPDN).*

	Ordens Médias		U	ns
	Grupo Clínico (n=24)	Grupo Não Clínico (n=24)		
+ Prazer – Dor	28.48	20.52	192.50	*
- Prazer + Dor	34.29	14.71	53.00	**
+ Proximidade – Diferenciação	32.40	16.60	98.50	**
- Proximidade + Diferenciação	31.90	17.10	110.50	**
+ Produtividade – Lazer	31.98	17.02	108.50	**
- Produtividade + Lazer	30.94	18.06	133.50	**
+ Controlo – Cooperação	32.31	16.69	100.50	**
- Controlo + Cooperação	31.56	17.44	118.50	**
+ Exploração – Tranquilidade	24.35	24.65	284.50	--
- Exploração + Tranquilidade	31.56	17.44	118.50	**
+ Coerência Self - Incoerência Self	23.85	25.15	272.50	--
- Coerência do Self + Incoerência Self	34.88	14.13	39.00	**
+ Autoestima + Autocrítica	24.23	24.77	281.50	--
- Autoestima – Autocrítica	34.40	14.60	50.50	**

** $p < .001$; * $p < .05$; -- $p > .05$

2. Estudo das Correlações

Para o estudo das correlações entre as variáveis utilizou-se o coeficiente de Pearson. E, uma vez que do ponto de vista da significância estatística a maior parte das correlações são significativas, optou-se por atender ao critério de Cohen (1988) para interpretar os coeficientes obtidos, assim, valores entre .10 e .29 são considerados fracos, entre .30 e .49 moderados e entre .50 e 1 fortes.

2.1. Correlações entre as Dimensões do BSI

A partir do Quadro 11 é possível constatar que as correlações entre as nove dimensões do BSI são positivas e fortes, com exceção da correlação entre as dimensões *Hostilidade* e *Somatização*, que é moderada, embora ainda muito significativa ($r=.46, p < .01$).

Quadro 11. Coeficientes de correlação de Pearson entre as nove dimensões de sintomatologia (BSI) ($N=106$).

	Som.	Ob.C.	Sen.I.	Dep.	Host.	Ans.	Ans.F.	Idea.P.
Ob.C.	.66**							
Sen.I.	.63**	.78**						
Dep.	.62**	.80**	.79**					
Host.	.46**	.68**	.68**	.68**				
Ans.	.65**	.75**	.80**	.76**	.69**			
Ans.F.	.75**	.70**	.70**	.70**	.53**	.74**		
Idea.P.	.54**	.67**	.79**	.67**	.66**	.69**	.53**	
Psic.	.60**	.68**	.78**	.81**	.66**	.81**	.64**	.64**

** $p < .01$. Nota: Assinaladas a negrito as correlações iguais ou superiores a .50

Som.= Somatização; Ob.C.= Obsessão-compulsão, Sen. I.= Sensibilidade Interpessoal; Dep.= Depressão;

Host.= Hostilidade; Ans.= Ansiedade; Ans.F.= Ansiedade Fóbica; Idea P.= Ideação Paranoide; Psi.= Psicoticíssimo,

2.2. Correlações entre as Dimensões da EDRE

Como se pode verificar no Quadro 12 as correlações entre as dimensões da EDRE são, na generalidade, positivas, significativas e fortes. Apenas a dimensão *Consciência* apresenta correlações fracas e moderadas, embora significativas, com as outras dimensões (à exceção de *Clareza* com a qual tem uma correlação forte). De ressaltar que as correlações entre a escala global e as dimensões da EDRE são fortes ou moderadas variando entre um mínimo de .37 (*Consciência*) e um máximo de .84 (*Estratégias*).

Quadro 12. Coeficientes de correlação de Pearson entre as seis dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) e entre o EDRE global (N=106)

	Aceitação	Clareza	Consciência	Estratégia	Impulsos	Objetivos
Clareza	.52**					
Consciência	.22*	.67**				
Estratégia	.69**	.61**	.32**			
Impulsos	.56**	.36**	.22*	.74**		
Objetivos	.57**	.51**	.20*	.73**	.63**	
EDRE Global	.67**	.75**	.37**	.84**	.67**	.70**

**p < .01; *p < .05. Nota: Assinaladas a negrito as correlações iguais ou superiores a .50

2.3. Correlações entre as Escalas da ERSN-43

Como ilustrado no Quadro 13, as subescalas da ERSN-43 apresentam entre si correlações positivas, significativas e fortes, à exceção da subescala *Diferenciação*, que apresenta sobretudo correlações fracas e moderadas com as restantes dimensões. Relativamente às correlações entre a escala global e as subescalas da EDRN-43, estas são muito fortes, sendo exceção a subescala *Diferenciação* ($r=.34$, $p < .01$) que tem uma correlação moderada com a escala global.

Quadro 13. Coeficientes de correlação de Pearson entre as 14 Necessidades Psicológicas (ERSN) e entre a ERSN global (N=106).

	Prz.	Dr	Df.	Px.	Pd.	Lz.	Cl.	Cp.	Ep.	Tq.	Cr.	Ic.	Et.	Ct.
Dr	.64**													
Df.	.32**	.37**												
Px	.62**	.51**	.35**											
Pd	.67**	.50**	.29**	.56**										
Lz	.80**	.55**	.20*	.57**	.75**									
Cl.	.70**	.60**	.18	.49**	.53**	.68**								
Cp	.70**	.64**	.35**	.58**	.66**	.69**	.78**							
Ep	.80**	.63**	.28**	.56**	.62**	.73**	.63**	.67**						
Tq	.81**	.54**	.21*	.53**	.75**	.71**	.66**	.67**	.67**					
Cr	.81**	.71**	.34**	.61**	.68**	.71**	.76**	.79**	.77**	.78**				
Ic.	.73**	.65**	.32**	.51**	.57**	.63**	.70**	.66**	.64**	.74**	.80**			
Et.	.81**	.63**	.26**	.59**	.78**	.71**	.63**	.70**	.75**	.85**	.88**	.75**		
Ct.	.63**	.62**	.26**	.58**	.59**	.64**	.74**	.79**	.63**	.60**	.75**	.62**	.64**	
Gl.	.88**	.72**	.34**	.67**	.76**	.81**	.77**	.83**	.81**	.83**	.91**	.80**	.87**	.77**

**p < .01; *p < .05. Nota: Assinaladas a negrito as correlações iguais ou superiores a .50

Pz.= Prazer; Px.= Proximidade; Df.= Diferenciação; Pd.= Produtividade; Lz.= Lazer; Cl.= Controlo; Cp.= Cooperação; Ep.= Exploração; Tq.= Tranquilidade; Cr.= Coerência; Ic.= Incoerência; Et.= Autoestima; Ct.= Autocrítica; Gl= ERSN Global

2.4. Correlações entre as escalas da EPDN

A partir do Quadro 14, é possível constatar que, na generalidade, as correlações entre as catorze subescalas e a escala global da EPDN são positivas e fortes. São exceção as subescalas +Coerência -Incoerência ($r = -.03, p > .05$) e +Exploração -Tranquilidade ($r = .14, p < .05$) com correlações fracas com a escala global e as subescalas +Prazer -Dor ($r = .30, p < .01$) e +Autoestima -Autocrítica ($r = .35, p < .01$) com correlação moderadas com escala global, mas significativas. Os coeficientes de correlação entre as subescalas da EPDN e a escala global variam entre um mínimo de $-.03$ (+Coerência -Incoerência) e um máximo de $.79$ (-Prazer +Dor; -Controlo +Cooperação e -Coerência +Incoerência).

As correlações mais fortes observam-se entre a subescala -Coerência +Incoerência e as subescalas: -Autoestima +Autocrítica ($r = .90, p < .01$) e -Prazer +Dor ($r = .86, p < .01$). Verificam-se também algumas correlações negativas, fracas e não significativas, nesta situação sobressai a subescala +Coerência -Incoerência como sendo aquela com mais correlações negativas com as outras subescalas.

De referir ainda que estes resultados são bastante semelhantes aos encontrados no estudo original (Barcelos, Lopes e Vasco, 2014).

Quadro 14. Coeficiente de Correlações de Pearson entre os Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas (EPDN) e entre a EPDN global (N=106)

	+P/D	-P/D	+P/d	-P/d	+P/L	-P/L	+C/C	-C/C	+E/T	-E/T	+C/I	-C/I	+A/A	-A/A
-P/D	.21*													
+P/d	.30**	.64**												
-P/d	.22*	.69**	.58**											
+P/L	.05	.52**	.48**	.38**										
-P/L	.15	.50**	.32**	.48**	.40**									
+C/C	.17	.57**	.50**	.61**	.53**	.28**								
-C/C	.35**	.64**	.67**	.71**	.47**	.52**	.61**							
+E/T	.26**	.06	.13	.02	.21*	-.01	.16	.09						
-E/T	.16	.39**	.50**	.56**	.60**	.44**	.53**	.54**	-.07					
+C/I	.05	-.11	-.09	-.09	.14	-.05	-.07	-.06	.25*	.13				
-C/I	.22*	.86**	.69**	.70**	.55**	.42**	.56	.70**	.01	.44**	-.16			
+A/A	.21*	.23*	.27**	.36**	.12	.18	.46**	.26**	.28**	.17	.18	.18		
-A/A	.27**	.78**	.72**	.69**	.46**	.37**	.54**	.70**	.01	.42**	-.17	.90**	.19*	
GI	.30**	.79**	.72**	.76**	.62**	.50**	.69**	.79**	.14	.60**	-.03	.79**	.35**	.77**

**p < .01; *p < .05. Nota: Assinaladas a negrito as correlações iguais ou superiores a .50

+P/D= +Prazer-Dor; -P/D= -Prazer +Dor; +P/d= +Proximidade-Diferenciação; -P/d= -Proximidade +Diferenciação; +P/L= +Produtividade -Lazer; -P/L= -Produtividade +Lazer; +C/C= +Controlo -Cooperação; -C/C= -Controlo +Cooperação; +E/T= +Exploração -Tranquilidade; -E/T= -Exploração +Tranquilidade; +C/I= +Coerência do Self -Incoerência do Self; -C/I= -Coerência do Self +Incoerência do Self; +A/A =+Autoestima -Autocrítica; -A/A =-Autoestima +Autocrítica; GI= EPDN global

2.5. Correlações entre a EDRE e o BSI

No que respeita às correlações entre as dimensões da EDRE e as dimensões do BSI (Quadro 15), estas são, na generalidade, positivas e fortes. Assume-se como exceção a dimensão *Consciência*, com uma correlação moderada, mas significativa, com a dimensão *Depressão* ($r=.37$, $p < .01$) e correlações predominantemente fracas com as restantes dimensões do BSI.

A escala global da EDRE tem com as nove dimensões do BSI correlações positivas e fortes, estas correlações variam entre um mínimo de .54 (*Somatização*) e um máximo de .79 (*Depressão*).

Quadro 15. Coeficientes de correlação de Pearson das seis dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) e da EDRE global com as nove dimensões de Sintomatologia [BSI] ($N=106$)

	Estratégias	Aceitação	Consciência	Impulsos	Objetivos	Clareza	EDRE Global
Somatização	.51**	.45**	.19*	.39**	.47**	.48**	.54**
Obsessão-compulsão	.69**	.51**	.29**	.56*	.75**	.59**	.74**
Sensibilidade Interpessoal	.75**	.59**	.22*	.63**	.65**	.51**	.74**
Depressão	.74**	.57**	.37**	.63**	.68**	.60**	.79**
Hostilidade	.66**	.44**	.19 *	.68**	.57**	.39**	.65**
Ansiedade	.78**	.66**	.24*	.73**	.61**	.53**	.78**
Ansiedade Fóbica	.67**	.53**	.24*	.48**	.53**	.57**	.66**
Ideação Paranoide	.55**	.50**	.20*	.53**	.49**	.42**	.59**
Psicoticíssimo	.78**	.66**	.21*	.65**	.64**	.49**	.76**

** $p < .01$; * $p < .05$. Nota: Assinaladas a negrito as correlações iguais ou superiores a .50

2.6. Correlações da EDRE com a ERSN-43 e as Polaridades

De acordo com o esperado, as correlações das dimensões da EDRE com as subescalas da ERSN-43 e as sete polaridades são negativas e fortes ou moderadas. São exceção a subescala *Diferenciação*, que apresenta correlações fracas com a maior parte das dimensões da EDRE, e a polaridade *Proximidade/Diferenciação*, que tem com a dimensão *Impulsos* uma correlação fraca ($r= -.23$, $p < .05$). De sublinhar que, embora fracas, estas correlações são também negativas e significativas (ver Quadro 16).

Todas as dimensões da EDRE têm com a escala global da ERSN-43 correlações negativas, significativas e fortes, oscilando entre o valor mais baixo de *-.53 (Consciência)* e o mais elevado de *-.77 (Estratégias)*.

Estes resultados indicam que níveis elevados de regulação das necessidades e das polaridades dialéticas estão relacionados com níveis baixos de dificuldade de regulação emocional e vice-versa.

Quadro 16. Coeficientes de correlação de Pearson das seis dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional [EDRE] e da EDRE global com as catorze Necessidades Psicológicas (ERSN-43) e as sete Polaridades e a ERSN Global (N=106)

	Estratégias	Aceitação	Consciência	Impulsos	Objetivos	Clareza	EDRE G
Pz	-.73**	-.54**	-.40**	-.58**	-.67**	-.63**	-.78**
Dr	-.58**	-.52**	-.47**	-.45**	-.47**	-.61**	-.67**
Df	-.25**	-.28**	-.22*	-.02	-.32**	-.40**	-.31**
Px	-.58**	-.48**	-.43**	-.37**	-.53**	-.65**	-.65**
Pd	-.53**	-.42**	-.40**	-.38**	-.56**	-.60**	-.62**
Lz	-.62**	-.42**	-.40**	-.47**	-.54**	-.54**	-.65**
Cl	-.61**	-.41**	-.45**	-.53**	-.41**	-.54**	-.64**
Cp	-.60**	-.47**	-.47**	-.46**	-.46**	-.64**	-.67**
Ep	-.62**	-.46**	-.47**	-.48**	-.55**	-.56**	-.68**
Tq	-.70**	-.48**	-.37**	-.59**	-.64**	-.57**	-.73**
Ic	-.68**	-.48**	-.47**	-.53**	-.57**	-.64**	-.73**
Cr	-.75**	-.57**	-.52**	-.57**	-.58**	-.68**	-.80**
Et.	-.75**	-.54**	-.47**	-.58**	-.62**	-.66**	-.78**
Ct	-.65**	-.50**	-.48**	-.51**	-.53**	-.66**	-.71**
Pz./Dr.	-.74**	-.58**	-.48**	-.58**	-.65**	-.68**	-.80**
Px./Df.	-.50**	-.46**	-.39**	-.23*	-.51**	-.64**	-.58**
Pd./Lz.	-.62**	-.45**	-.42**	-.46**	-.59**	-.61**	-.68**
Cl./Cp.	-.64**	-.46**	-.49**	-.53**	-.46**	-.62**	-.69**
Ep./Tq.	-.72**	-.52**	-.46**	-.58**	-.65**	-.62**	-.77**
Cr./Ic.	-.75**	-.56**	-.52**	-.58**	-.61**	-.70**	-.80**
Et./Ct.	-.78**	-.57**	-.52**	-.61**	-.64**	-.72**	-.83**
ERSN G	-.77**	-.58**	-.53**	-.58**	-.67**	-.74**	-.84**

**p <.01; *p <.05. Nota: Assinaladas a negrito as correlações iguais ou superiores a .50

Pz.= Prazer; Px.= Proximidade; Df.= Diferenciação; Pd.= Produtividade; Lz.= Lazer; Cl.= Controlo; Cp.= Cooperação; Ep.= Exploração; Tq.= Tranquilidade; Cr.= Coerência; Ic.= Incoerência; Et.= Autoestima; Ct.= Autocrítica; ERSN G= ERSN Global; Pz./Dr.= Prazer/Dor; Px./Df.= Proximidade/Diferenciação; Pd./Lz.= Produtividade/Lazer; Cl./ Cp. = Controlo/Cooperação; Ep./ Tq. = Exploração/Tranquilidade; Cr./ Ic.= Coerência/Incoerência; Et./Cr.= Autoestima/Autocrítica; EDRE G= EDRE global

2.7. Correlações entre a ERSN-43 e o BSI

Como se pode verificar no Quadro 17, as correlações entre a ERSN-43 e as dimensões do BSI são, na generalidade, negativas e fortes ou moderadas. É exceção a subescala *Diferenciação*, que apresenta correlações fracas com a maior parte das dimensões do BSI.

A escala global da ERSN-43 apresenta correlações negativas e fortes com as nove dimensões do BSI.

De ressaltar que a dimensão *Obsessão-compulsão* apresenta correlações negativas fortes com as sete polaridades e com a generalidade das subescalas da ERSN, com exceção de *Dor* ($r = -.32, p < .01$) e de *Diferenciação* ($r = -.44, p < .01$), com as quais tem correlações moderadas.

Quadro 17. Coeficientes de correlação de Pearson das catorze Necessidades Psicológicas (ERSN), das sete Polaridades e da ERSN Global com as nove dimensões da sintomatologia [BSI] (N=106)

	Som.	Ob.C.	Sen. I.	Dep.	Host.	Ans.	Ans.F.	Idea.P.	Psic.
Pz.	-.49**	-.68**	-.54**	-.71**	-.53**	-.67**	-.66**	-.43**	-.65**
Dr.	-.40**	-.44**	-.49**	-.56**	-.32**	-.56**	-.58**	-.36**	-.48**
Df.	-.29**	-.32**	-.18	-.25**	-.11	-.16	-.37**	-.19	-.16
Px.	-.45**	-.66**	-.52**	-.63**	-.46**	-.55**	-.56**	-.47**	-.49**
Pd.	-.42**	-.62**	-.52**	-.66**	-.47**	-.50**	-.54**	-.50**	-.49**
Lz.	-.42**	-.58**	-.48**	-.61**	-.43**	-.59**	-.53**	-.42**	-.57**
Cl.	-.43**	-.52**	-.50**	-.51**	-.53**	-.61**	-.60**	-.40**	-.53**
Cp.	-.39**	-.50**	-.51**	-.51**	-.39**	-.54**	-.61**	-.40**	-.46**
Ep.	-.41**	-.56**	-.54**	-.67**	-.41**	-.55**	-.61**	-.37**	-.55**
Tq.	-.44**	-.68**	-.57**	-.75**	-.62**	-.66**	-.57**	-.48**	-.64**
Cr.	-.40**	-.60**	-.58**	-.75**	-.55**	-.64**	-.62**	-.46**	-.65**
Ic.	-.37**	-.54**	-.49**	-.63**	-.48**	-.60**	-.48**	-.39**	-.57**
Et.	-.49**	-.67**	-.66**	-.81**	-.58**	-.68**	-.66**	-.50**	-.68**
Ct.	-.45**	-.52**	-.50**	-.50**	-.44**	-.57**	-.57**	-.33**	-.48**
Pr/Dr.	-.50**	-.64**	-.57**	-.71**	-.49**	-.68**	-.69**	-.44**	-.64**
Px/Df.	-.45**	-.59**	-.42**	-.53**	-.34**	-.42**	-.56**	-.40**	-.39**
Pd/Lz.	-.45**	-.65**	-.54**	-.69**	-.48**	-.58**	-.57**	-.50**	-.57**
Ct/Cp.	-.43**	-.54**	-.53**	-.54**	-.49**	-.61**	-.64**	-.42**	-.53**
Ex/Tq.	-.47**	-.68**	-.61**	-.78**	-.57**	-.66**	-.65**	-.46**	-.65**
Cr/Ic.	-.40**	-.60**	-.57**	-.73**	-.54**	-.65**	-.58**	-.45**	-.64**
Et/Cr.	-.52**	-.67**	-.66**	-.75**	-.58**	-.70**	-.68**	-.47**	-.66**
GI	-.52**	-.71**	-.63**	-.77**	-.57**	-.70**	-.71**	-.51**	-.66**

** $p < .01$. Nota: Assinaladas a negrito as correlações iguais ou superiores a .50

Som.= Somatização; Ob.C.= Obsessão-compulsão, Sen.I.= Sensibilidade Interpessoal; Dep.= Depressão; Host.= Hostilidade; Ans.= Ansiedade; Ans.F.= Ansiedade Fóbica; Idea. P.= Ideação Paranoide; Psi.= Psicoticíssimo; Pz.= Prazer; Px.= Proximidade; Df.= Diferenciação; Pd.= Produtividade; Lz.= Lazer; Cl.= Controlo; Cp.= Cooperação; Ep.= Exploração; Tq.= Tranquilidade; Cr.= Coerência; Ic.= Incoerência; Et.= Autoestima; Ct.= Autocrítica; GI= ERSN Global; Pz./Dr.= Prazer/Dor; Px./Df.= Proximidade/Diferenciação; Pd./Lz.= Produtividade/Lazer; Ct./ Cp. = Controlo/Cooperação; Ex./ Tq. = Exploração/Tranquilidade; Cr./ Ic.= Coerência/Incoerência; Et./Cr.= Autoestima/Autocrítica

2.8. Correlações entre a EPDN e o BSI

Como se pode observar no Quadro 18, a maioria das subescalas da EPDN apresenta correlações positivas e fortes ou moderadas com as dimensões do BSI, são exceção as subescalas +*Prazer-Dor* e +*Autoestima -Autocrítica* com correlações fracas, embora positivas, e também as subescala +*Exploração -Tranquilidade* e +*Coerência do Self-Incoerência do Self* com um predomínio de correlações negativas, ainda que fracas e não significativas.

As correlações entre as dimensões do BSI e a escala global da EPDN são positivas e fortes ou moderadas. De notar que a dimensão Obsessão-compulsão é a que apresenta a correlação mais forte com a escala global da EPDN ($r=.70$, $p<.01$).

Quadro 18. Coeficientes de correlação de Pearson das nove dimensões de Sintomatologia (BSI) com os catorze perfis de discrepâncias (EPDN) e a EPDN global ($N=106$)

	Som.	Ob.C.	Sen.I	Dep.	Host.	Ans.	Ans.F.	Idea.Par.	Psic.
+Pz. -Dr.	.13	.17	.25**	.19*	.05	.20*	.13	.20*	.22*
-Pz. +Dr.	.39**	.62**	.51**	.65**	.46**	.62**	.51**	.38**	.65**
+Px. -Df.	.40**	.55**	.58**	.55**	.30**	.59**	.52**	.39**	.53**
-Px. +Df.	.34**	.52**	.43**	.52**	.29**	.38**	.60**	.32**	.42**
+Pd. -Lz.	.32**	.54**	.40**	.42**	.33**	.44**	.34**	.36**	.29**
-Pd. +Lz.	.20*	.46**	.24*	.34**	.43**	.24*	.30**	.17	.29**
+Cl. -Cp.	.38**	.56**	.48**	.43**	.39**	.46**	.49**	.48**	.41**
-Cl. +Cp.	.30**	.58**	.58**	.51**	.42**	.50**	.47**	.41**	.49**
+Ex. -Tq.	-.01	.03	.03	-.06	-.09	-.04	-.14	.03	-.05
-Ex. +Tq.	.31**	.49**	.33**	.33**	.26**	.31**	.45**	.23*	.26**
+Cr. -Ic.	-.20*	-.06	-.13	-.19*	-.13	-.11	-.18	-.13	-.21*
-Cr. +Ic.	.36**	.65**	.60**	.75**	.48**	.62**	.54**	.46**	.65**
+Et. -Ct.	.11	.22*	.15	.08	.10	.06	.09	.17	.06
-Et. +Ct.	.35**	.61**	.64**	.72**	.44**	.64**	.55**	.45**	.68**
GI	.40**	.70**	.60**	.63**	.45**	.58**	.56**	.46**	.56**

** $p<.01$; * $p<.05$. Nota: Assinaladas a negrito as correlações iguais ou superiores a .50

Som.= Somatização; Ob.C.= Obsessões-compulsões, Sen.I.= Sensibilidade Interpessoal; Dep.= Depressão; Host.= Hostilidade; Ans.= Ansiedade; Ans.F.= Ansiedade Fóbica; Idea. Par.= Ideação Paranoide; Psi.= Psicoticíssimo;

+P/D= +Prazer-Dor; -P/D= -Prazer +Dor; +P/d= +Proximidade-Diferenciação; -P/d= -Proximidade +Diferenciação; +P/L= +Produtividade -Lazer; -P/L= -Produtividade +Lazer; +C/C= +Controlo -Cooperação; -C/C= -Controlo +Cooperação; +E/T= +Exploração -Tranquilidade; -E/T= -Exploração +Tranquilidade; +C/I= +Coerência do Self -Incoerência do Self; -C/I= -Coerência do Self +Incoerência do Self; +A/A= +Autoestima -Autocrítica; -A/A= -Autoestima +Autocrítica; GI= EPDN global

2.9. Correlações entre a EPDN e a EDRE

As correlações entre as subescalas da EPDN e as dimensões da EDRE vão no sentido esperado, i.e., na generalidade, são positivas, moderadas ou fortes. As exceções encontram-se em quatro subescalas da EPDN, designadamente: +Coerência -Incoerência com correlação negativa e moderada com a dimensão Clareza ($r= -.33$, $p<.01$) e com correlações negativas e fracas com as restantes dimensões da EDRE e +Exploração -Tranquilidade, com correlações fracas e predominantemente negativas e, por fim, +Prazer -Dor e +Autoestima -Autocrítica, que apresentam correlações fracas e predominantemente positivas com as dimensões da EDRE (ver Quadro 19).

As subescalas da EPDN apresentam, maioritariamente, correlações positivas, moderadas ou fortes com a escala global da EDRE, excetuam-se as seguintes subescalas: *+Exploração - Tranquilidade* ($r = -.08, p > .05$) e *+Coerência do Self - Incoerência do Self* ($r = -.20, p < .05$) com correlações negativas e fracas, e ainda, *+Prazer - Dor* ($r = .12, p > .05$) e *+Autoestima - Autocrítica* ($r = .15, p > .05$) com correlações fracas, não significativas, embora positivas.

Estas correlações predominantemente positivas e significativas entre as subescalas da EPDN e a EDRE indicam uma tendência para que níveis elevados nos perfis de discrepâncias das necessidades se associarem a níveis também elevados de dificuldades na regulação das emoções.

Quadro 19. Coeficientes de correlação de Pearson das seis dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) e da EDRE global com os catorze perfis de discrepâncias (EPDN) e a EPDN Global ($N=106$)

	Aceitação	Clareza	Consciência	Estratégias	Impulsos	Objetivos	EDRE G
+P/D	.11	.09	-.01	.13	.07	.17	.12
-P/D	.45**	.59**	.32**	.72**	.50**	.59**	.69**
+P/d	.46**	.51**	.32**	.59**	.42**	.53**	.61**
-P/d	.39**	.58**	.32**	.52**	.23*	.45**	.54**
+P/L	.33**	.36**	.24*	.45**	.26**	.51**	.47**
-P/L	.20*	.31**	.20*	.40**	.20*	.44**	.38**
+C/C	.34**	.54**	.30**	.54**	.32**	.50**	.55**
-C/C	.47**	.54**	.27**	.61**	.36**	.58**	.62**
+E/T	-.01	-.07	-.16	-.10	-.08	.04	-.08
-E/T	.31**	.31**	.21*	.38**	.12	.47**	.40**
+C/I	-.19*	-.33**	-.10	-.16	-.08	-.11	-.20*
-C/I	.55**	.67**	.44**	.73**	.49**	.63**	.76**
+A/A	.12	.22*	.17	.12	.07	.04	.15
-A/A	.57**	.64**	.48**	.75**	.49**	.59**	.77**
GI	.49**	.60**	.37**	.68**	.41**	.64**	.70**

**p < .01; *p < .05. Nota: Assinaladas a negrito as correlações iguais ou superiores a .50

+P/D= +Prazer-Dor; -P/D= -Prazer +Dor; +P/d= +Proximidade-Diferenciação; -P/d= -Proximidade +Diferenciação; +P/L= +Produtividade -Lazer; -P/L= -Produtividade +Lazer; +C/C= +Controlo -Cooperação; -C/C= -Controlo +Cooperação; +E/T= +Exploração -Tranquilidade; -E/T= -Exploração +Tranquilidade; +C/I= +Coerência do Self -Incoerência do Self; -C/I= -Coerência do Self +Incoerência do Self; +A/A =+Autoestima -Autocrítica; -A/A =-Autoestima +Autocrítica; GI= EPDN global

2.10. Correlações entre EPDN e as sete Polaridades dialéticas

Como ilustrado no Quadro 20, as correlações entre as catorze subescalas da EPDN e as sete polaridades das necessidades surgem no sentido esperado, i.e., são maioritariamente negativas e moderadas ou fortes. As exceções vão novamente para as escalas: *+Coerência - Incoerência* com correlações positivas, fracas ou moderadas, *+Exploração - Tranquilidade* com

correlações sobretudo positivas e fracas e, ainda, *+Prazer -Dor* e *+Autoestima -Autocrítica* com correlações fracas embora predominantemente negativas.

Quadro 20. Coeficientes de correlação de Pearson das sete Polaridades e da ERSN global com os catorze perfis de discrepâncias (EPDN) e a EPDN global (N=106)

	Pz./Dr	Px./Df.	Pd./Lz.	Cl./Cp.	Ep./Tq.	Cr./Ic.	Et./it.	ERSN G
+Pz. -Dr.	-.03	0.4	-.04	.03	-.03	-.04	-.02	-.02
-Pz. +Dr.	-.72**	-.50**	-.57**	-.54**	-.66**	-.69**	-.64**	-.70**
+Px. -Df.	-.62**	-.50**	-.52**	-.49**	-.57**	-.57**	-.60**	-.63**
-Px. +Df.	-.57**	-.66**	-.51**	-.47**	-.52**	-.50**	-.53**	-.61**
+Pd. -Lz.	-.48**	-.51**	-.46**	-.34**	-.49**	-.43**	-.43**	-.51**
-Pd. +Lz.	-.38**	-.39**	-.24*	-.28**	-.38**	-.44**	-.39**	-.40**
+Cl. -Cp.	-.54**	-.59**	-.46**	-.53**	-.51**	-.51**	-.45**	-.58**
-Cl. +Cp.	-.50**	-.55**	-.38**	-.38**	-.49**	-.49**	-.51**	-.53**
+Ex. -Tq.	.08	-.00	.12	.10	.14	.10	.18	.12
-Ex. +Tq.	-.44**	-.54**	-.43**	-.29**	-.45**	-.31**	-.36**	-.46**
+Cr. -Ic.	.24*	.23*	.27**	.28**	.27**	.36**	.34**	.32**
-Cr. +Ic.	-.73**	-.57**	-.68**	-.57**	-.76**	-.74**	-.73**	-.78**
+Et. -Ct.	-.09	-.23*	-.08	-.12	-.02	-.07	-.06	-.10
-Et. +Ct.	-.71**	-.55**	-.63**	-.57**	-.72**	-.73**	-.73**	-.75**
Gl.	-.67**	-.64**	-.57**	-.52**	-.64**	-.63**	-.62**	-.69**

** $p < .01$; * $p < .05$. Nota: Assinaladas a negrito as correlações iguais ou superiores a .50

Pz./Dr= Prazer/Dor; Px./Df.= Proximidade/Diferenciação; Pd./Lz.= Produtividade/Lazer; Ct./ Cp. = Controlo/Cooperação; Ep./ Tq. = Exploração/Tranquilidade; Cr./ In.= Coerência/Incoerência; Et./Cr.= Autoestima/Autocrítica; ERSN G= ERSN global; +P/D= +Prazer-Dor; -P/D= -Prazer +Dor; +P/d= +Proximidade-Diferenciação; -P/d= -Proximidade +Diferenciação; +P/L= +Produtividade -Lazer; -P/L= -Produtividade +Lazer; +C/C= +Controlo -Cooperação; -C/C= -Controlo +Cooperação; +E/T= +Exploração -Tranquilidade; -E/T= -Exploração +Tranquilidade; +C/I= +Coerência do Self -Incoerência do Self; -C/I= -Coerência do Self +Incoerência do Self; +A/A =+Autoestima -Autocrítica; -A/A =-Autoestima +Autocrítica; Gl= EPDN global

Do mesmo modo, a escala global da ERSN-43 apresenta com as catorze subescalas da EPDN correlações, na generalidade, negativas e moderadas ou fortes, são exceções *+Coerência -Incoerência* ($r=.32$, $p<.01$) e *+Exploração -Tranquilidade* ($r=.12$, $p>.05$) que apresentam correlações positivas, bem como, *+Prazer -Dor* ($r= -.02$, $p>.05$) e *+Autoestima -Autocrítica* ($r= -.10$, $p>.05$) que embora apresentem correlações negativas, estas são muito fracas.

De entre as catorze subescalas da EPDN com correlações negativas mais fortes com a escala global da ERSN-43, destacam-se: *-Coerência +Incoerência* ($r=-.78$, $p<.01$), *-Autoestima +Autocrítica* ($r= -.75$, $p<.01$) e *-Prazer +Dor* ($r= -.70$, $p<.01$).

Observa-se ainda que a escala global da EPDN tem correlações negativas e fortes com as sete polaridades, variando entre um mínimo de $-.52$ (*Controlo/Cooperação*) e um máximo de $-.67$ (*Prazer/dor*). A correlação entre as escalas globais da EPDN e da ERSN- 43 é também negativa e forte ($r= -.69$, $p>.01$).

Estes resultados ilustram que há uma tendência para elevados níveis de discrepâncias nas necessidades se associarem a uma menor regulação da satisfação das necessidades psicológicas e vice-versa.

2.11. Diagrama de Extremos e Quartis dos Perfis de Discrepância

Para a análise dos perfis de discrepância (EPDN) recorreu-se ainda aos diagramas de extremos e quartis, a partir dos quais se realizou uma análise inter-grupal e intra-grupal dos perfis dos dois grupos.

Com base numa análise **inter-grupal**, como se pode observar na Figura 1, as subescalas da EPDN do grupo Clínico, comparativamente com as do grupo não clínico, apresentam valores mais elevados, na generalidade, das subescalas, apenas são exceção as subescalas: *+Exploração-Tranquilidade*; *+Coerência do Self -Incoerência do Self* e *+Autoestima-Autocrítica*. De notar que no teste de comparação de Ordens médias são precisamente estas as subescalas que não apresentam diferenças significativas entre os dois grupos. Verifica-se, também, que o grupo Não Clínico é aquele que apresenta maior número de *outliers*. E observa-se, ainda, que as distribuições das subescalas da EPDN do grupo clínico tendem a ser mais simétricas do que as do grupo Não Clínico. Comparativamente como o grupo Não Clínico, as distribuições das subescalas da EPDN do grupo Clínico, na generalidade, apresentam maior amplitude total e maior amplitude interquartis. Assim sendo, as distribuições das subescalas do grupo Clínico, na generalidade, apresentam maior dispersão.

Da comparação entre os dois grupos, o que é mais destacável é o facto de no grupo Clínico a distribuição das discrepâncias das necessidades psicológicas apresentar maior simetria e valores mais elevados na generalidade das subescalas.

O estudo **intra-grupal** a partir da análise interna aos perfis de cada um dos grupos revelou um conjunto de escalas que se posicionam de modo distinto. Assim, dentro do conjunto do perfil da amostra Não Clínica as escalas que se destacam por apresentarem valores mais elevados (tendência central, 3º quartil e extremos) são: *+Coerência -Incoerência*, *+ Exploração - Tranquilidade* e *+ Autoestima -Autocrítica*. De modo contrário, no perfil do grupo Clínico são estas mesmas três escalas que apresentam valores mais baixos. Por outro lado, no perfil do Grupo Não Clínico, as escalas que apresentam valores mais baixos (tendência central) e distribuições mais assimétricas (assimetria positiva) são: *- Coerência +Incoerência*, *- Autoestima +Autocrítica* e *-Produtividade +Lazer*, *-Proximidade +Diferenciação* e *- Prazer*

+dor. Por sua vez, dentro do conjunto das escalas do perfil Clínico, estas escalas são as que apresentam valores mais elevados. Relativamente à escala +Controlo -Cooperação, observa-se que esta ocupa uma posição mediana no perfil do grupo Não Clínico, mas uma posição mais elevada dentro do perfil do grupo Clínico (tendência central).

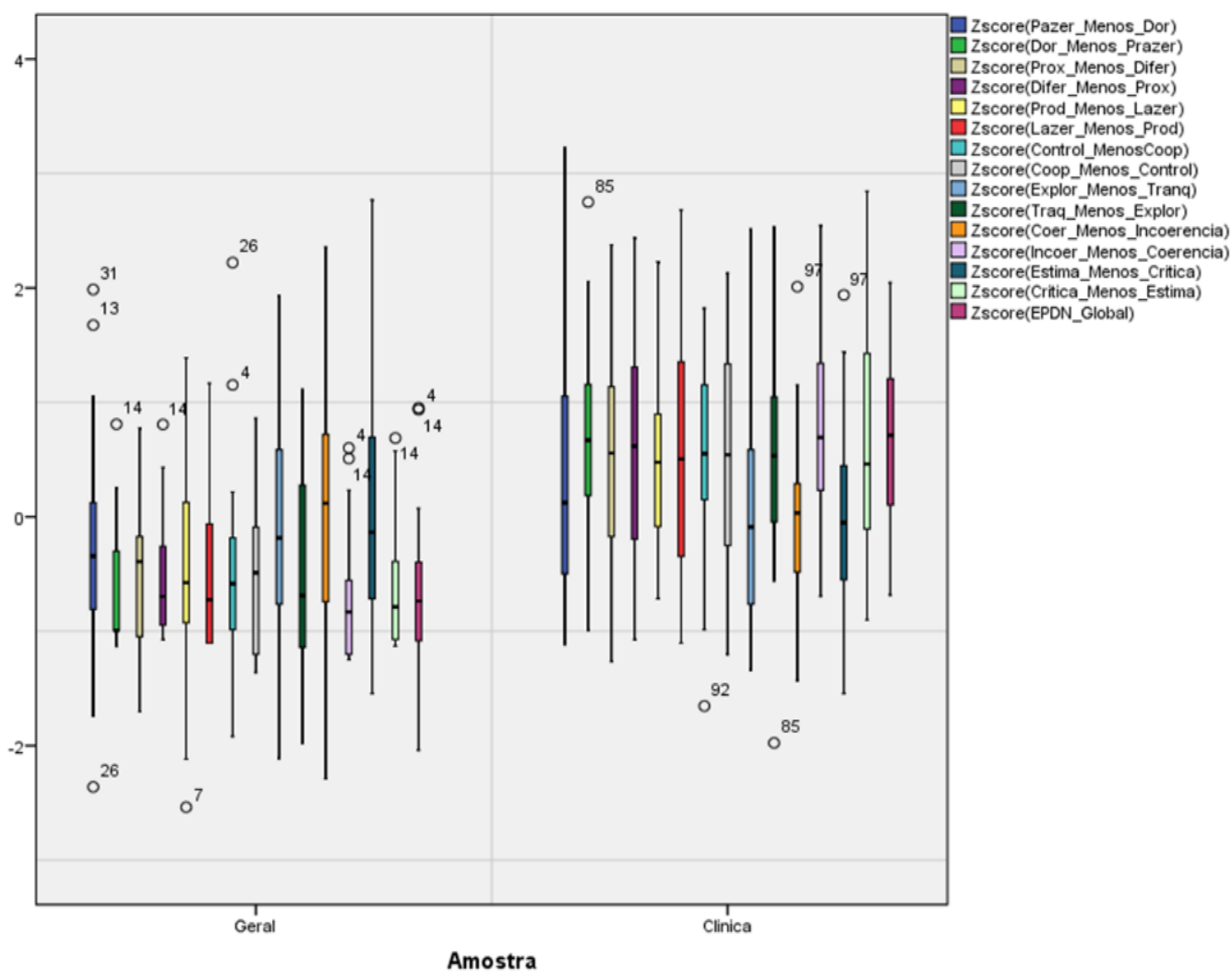


Figura 1. Diagramas de extremos e quartis dos perfis de discrepância (EPDN) do grupo Clínico e grupo Não Clínico.

Prazer_Menos_Dor= +Prazer-Dor; Dor_Menos_Prazer= -Prazer +Dor; Prox_Menos_Difer= +Proximidade -Diferenciação; Difer_Menos_Prox= -Proximidade +Diferenciação; Prod_Menos_Lazer= +Produtividade -Lazer; Lazer_Menos_Prod= -Produtividade +Lazer; Control_Menos_Coop= +Controlo-Cooperação; Coop_Menos_Control= -Controlo +Cooperação; Explor_Menos_Tranq= +Exploração-Tranquilidade; Tranq_Menos_Explor= -Exploração +Tranquilidade; Coer_Menos_Incoerencia= +Coerência -Incoerência; Incoer_Menos_Coerencia= -Coerência +Incoerência; Estima_Menos_Critica= +Autoestima-Autocritica; Critica_Menos_Estima= -Autoestima +Autocritica

Discussão

A presente investigação insere-se no âmbito do Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP) e teve como objetivo principal contribuir para uma compreensão mais alargada da POC, no que diz respeito às seguintes variáveis psicológicas: dificuldades de regulação emocional, regulação da satisfação das necessidades psicológicas e perfis de discrepâncias das necessidades. Com este objetivo levantaram-se cinco hipóteses centrais, designadamente, espera-se que o grupo com diagnóstico de POC (grupo Clínico), quando comparado com o grupo Não Clínico, apresente: H1-sintomatologia mais elevada na última semana (medida pelo BSI); H2- maiores níveis de dificuldades na regulação emocional; H3- níveis inferiores de regulação da satisfação das necessidades psicológicas e das polaridades dialéticas; H4- valores mais elevados na maioria dos perfis de discrepâncias e H5- perfis de discrepâncias distintos dos que emergem na população geral e que contribuam para a formação de um perfil integrativo característico desta população clínica. Para além das hipóteses supracitadas, levantaram-se mais dez hipóteses relativas às correlações entre as variáveis em estudo (ver secção de Problemática, Objetivos e Hipóteses do presente trabalho).

Realizou-se também o estudo da consistência interna dos instrumentos utilizados nesta investigação, com base no alfa de Cronbach, verificando-se que constituem medidas precisas dos constructos que pretendem medir. Todos os instrumentos apresentaram valores de consistência interna global elevados, e no que diz respeito às subescalas, estas apresentaram, predominantemente, valores de alfa superiores a .70, valor considerado elevado segundo DeVellis (2013, tal como citado por Pallant, 2007).

De ressaltar que os resultados, quer do estudo das correlações, quer do teste de comparação de grupos, surgem no sentido esperado, na generalidade das variáveis estudadas, contribuindo para fortalecer a validade convergente e divergente dos instrumentos utilizados.

De seguida apresenta-se a discussão das hipóteses deste estudo, elaborada em torno das cinco hipóteses centrais relativas à comparação de grupos (Clínico e não Clínico). Introduce-se, em paralelo, observações relativas às hipóteses sobre as correlações entre as variáveis.

Hipótese 1

No estudo de comparação entre grupos confirmou-se a hipótese de que o grupo com diagnóstico de POC apresenta níveis de sintomatologia mais elevados que o grupo Não Clínico nas nove dimensões do BSI (**Hipótese 1**), sendo que estas diferenças são extremamente significativas ($p < .001$). No entanto, há que notar que estes resultados eram expectáveis, uma vez

que um dos critérios utilizados na constituição do grupo Não Clínico foi a sintomatologia ≤ 1.7 (ponto de corte do Índice de Sintomas positivos do BSI) que permite distinguir indivíduos perturbados de não perturbados (Canavarro, 1999). Esta opção teve como objetivo excluir a possibilidade de incluir no grupo Não Clínico indivíduos da população geral com POC não diagnosticada, procedimento necessário na constituição de grupos contrastados.

Hipótese 2

Relativamente às dificuldades de regulação emocional, confirma-se que o grupo com POC apresenta níveis mais elevados de dificuldade na regulação emocional do que o grupo Não Clínico (**Hipótese 2**). À exceção da dimensão *Consciência*, que apresenta Ordens médias semelhantes nos dois grupos, em todas as outras dimensões se observam diferenças extremamente significativas ($p < .001$).

Estes resultados permitem depreender que o grupo com diagnóstico de POC, comparativamente com o grupo Não Clínico, manifesta mais dificuldades: no conhecimento e compreensão das emoções que experimenta (Clareza), na aceitação da resposta emocional (Aceitação), no acesso a estratégias de regulação emocional percebidas como eficazes (Estratégias), no controlo de impulsos quando experiencia emoções desagradáveis (Impulsos) e no envolvimento em comportamentos dirigidos a objetivos na presença de emoções desagradáveis (Objetivos).

Contudo, relativamente às dificuldades em manter a atenção e a consciência nas respostas emocionais (*Consciência*), os dois grupos parecem não se diferenciar. Para uma análise mais profícua deste resultado, considerou-se necessário refletir sobre as correlações das dimensões da EDRE entre si e com o BSI.

O estudo das correlações confirmou que as associações entre as dimensões da EDRE e as dimensões do BSI vão no sentido esperado, são positivas e predominantemente fortes (**Hipótese 9**). Observou-se também que *Consciência* novamente sobressai como exceção, apresentando com as dimensões do BSI correlações predominantemente fracas ainda que positivas e significativas. É de sublinhar que estes resultados são congruentes com os de estudos anteriores (e.g. Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias; 2010, Veloso, Pinto-Gouveia e Dinis, 2011; Leonardo, 2012) que também evidenciam que a dimensão *Consciência* emerge como sendo aquela que apresenta correlações mais baixas com a sintomatologia (medida pelo BSI). Estes resultados têm levado alguns autores a equacionar a possibilidade de esta dimensão não ter um papel preponderante na psicopatologia (Coutinho et al, 2010). Paralelamente têm-se

colocado ainda outra hipótese explicativa relacionada com as propriedades psicométricas, pouco robustas, desta dimensão (e.g. Coutinho et al, 2010; Veloso et al 2011; Leonardo, 2012). No presente estudo (e também nos estudos supracitados) a hipótese de falta de robustez é reforçada pela análise das correlações entre as dimensões da EDRE, estas são fortes e significativas na generalidade das dimensões (**Hipótese 7**), apenas, mais uma vez, *Consciência* apresenta correlações fracas com as restantes dimensões (à exceção de *Clareza* com a qual tem uma correlação forte, $r=.67$, $p<.01$). Acresce ainda que esta dimensão é constituída por itens invertidos, o que pode ter prejudicado a compreensão dos itens e influenciado a resposta dos participantes neste estudo. Com base nestas reflexões, sugere-se a possibilidade de o facto de não existirem diferenças estatisticamente significativas no teste de comparação de grupos na dimensão *Consciência* poder estar relacionado com as suas propriedades psicométricas pouco satisfatórias. Ressalve-se, contudo, que estes resultados, encontrados no presente estudos e nos estudos de Coutinho et al (2010), Veloso et al (2011) e Leonardo (2012), relativos à dimensão *Consciência*, são distintos daqueles que foram encontrados no estudo original (Gratz & Roemer, 2004), em que todas as dimensões estavam fortemente correlacionadas entre si; considera-se, assim, serem necessários outros estudos que avaliem mais profundamente as suas propriedades psicométricas.

Analizando, ainda, as correlações da EDRE com a dimensão *Obsessão- compulsão* do BSI (dimensão que avalia a sintomatologia da POC), neste estudo, verifica-se que as correlações mais fortes ocorrem com as dimensões *Objetivos* e *Estratégias*. Estes resultados são, em certa medida, compatíveis com os encontrados nos estudos de Coutinho et al (2010) e Leonardo (2012), nos quais estas duas dimensões da EDRE, e mais particularmente, *Estratégias*, apresentam correlações fortes com a generalidade das dimensões do BSI, o que parece ser indicativo de que os indivíduos com diferentes sintomas psicopatológicos, quando emocionalmente perturbados, apresentam dificuldades quer em aceder a estratégias eficazes para lidar com as emoções (*Estratégias*), quer em seguir comportamentos dirigidos a objetivos (*Objetivos*). É de referir ainda que De La Cruz et al (2013) levaram a cabo um estudo em que relacionam sintomas obsessivo-compulsivos com as dimensões da EDRE, tendo encontrado, também, correlações elevadas entre a dimensão *Estratégias* e a sintomatologia obsessivo-compulsiva.

Conclui-se, assim, que os resultados obtidos, nesta investigação, ao nível dos testes de comparação inter-grupos e do estudo das correlações, fornecem suporte empírico à hipótese da existência de uma relação entre dificuldades de regulação emocional e Perturbação Obsessivo-compulsiva.

Hipótese 3

No que diz respeito à Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas, os resultados deste estudo confirmam a hipótese de que o grupo com POC apresenta menores níveis de regulação das necessidades, comparativamente com o grupo Não Clínico (**Hipótese 3**). Observa-se que as diferenças entre os dois grupos são muito significativas na generalidade das subescalas da ERSN-43 e nas sete polaridades ($p < .001$). É exceção a subescala *Diferenciação*, na qual as diferenças não são significativas.

O estudo das correlações entre as subescalas da ERSN-43 vão também no sentido esperado, as correlações entre as subescalas são na generalidade positivas e fortes (**Hipótese H10**). A subescala *Diferenciação* constitui-se, novamente, como exceção, apresentando correlações moderadas e fracas, ainda que predominantemente significativas, com as restantes subescalas. De igual modo, os resultados das correlações entre a ERSN-43 e a EDRE surgem em conformidade com o esperado (**Hipótese 10**), i.e., na generalidade, estas correlações são negativas e fortes e, mais uma vez, assume-se como exceção a subescala *Diferenciação* que apresenta com a EDRE global uma correlação moderada, embora negativa e significativa ($r = -.31, p < .001$). Também as correlações entre as subescalas da ERSN-43 e as dimensões do BSI são, na generalidade, negativas e fortes ou moderadas, tal como previsto (**Hipótese 11**), a subescala *Diferenciação*, novamente, constitui-se como exceção com correlações sobretudo fracas, ainda que negativas. Estes resultados, que emergem nesta investigação no que respeita à escala *Diferenciação*, permitem que se levante a hipótese de que o observado no teste de comparação de grupos relativamente a esta dimensão possa estar relacionado com as propriedades psicométricas pouco robustas desta subescala, ao invés de significar que o grupo com POC não manifesta dificuldades na capacidade de se diferenciar dos outros e de se autodeterminar. Considera-se, no entanto, que são necessárias mais investigações que aprofundem a relação entre a regulação da satisfação da necessidade de *Diferenciação* e a POC. Há, ainda, que ressaltar que os resultados que emergiram neste estudo relativamente à subescala *Diferenciação* não são congruentes com os encontrados nos estudos anteriores (e.g. Conde & Vasco, 2012; Leonardo & Afonso, 2013), uma vez que nesses estudos todas as subescalas da ERSN apresentaram correlações fortes entre si e com o BSI.

No que se refere à dimensão *Obsessões-compulsões* (sintomas característico de um quadro clínico com POC) do BSI, observa-se, neste estudo, que as sete necessidades que apresentam correlações negativas mais fortes com esta dimensão são: *Prazer, Tranquilidade, Autoestima,*

Proximidade, Produtividade, Coerência e Lazer. Estes resultados são teoricamente compatíveis com a sintomatologia obsessivo-compulsiva, uma vez que, no quadro clínico da POC, se sabe que os pacientes tendem a reconhecer o carácter absurdo dos seus pensamentos obsessivos, bem como o quanto são inadequadas e ilógicas as suas compulsões, contudo não conseguem resistir-lhes, dada a componente intrusiva e incontrollável destas. De modo que o indivíduo com POC vive num estado de permanente sofrimento, embaraço e inquietude, com consequências na sua qualidade de vida psicossocial (APA, 2013). Assim sendo, compreende-se que num quadro de sintomatologia obsessivo-compulsiva as sete necessidades psicológicas supracitadas apareçam particularmente desreguladas, i.e., compreende-se que estes indivíduos manifestem acentuada dificuldade em: regular a capacidade de vivenciar o prazer físico e psicológico (*Prazer*); apreciar o que possuem no aqui e agora (*Tranquilidade*); sentirem-se satisfeitos consigo próprios (*Autoestima*); estabelecer relações de proximidade e intimidade com o outro (*Proximidade*); concretizar obras e feitos sentidos como valiosos (*Produtividade*); sentir congruência entre *Self* real e *Self* ideal, e entre o que pensam, sentem e fazem (*Coerência do Self*) e relaxar e desfrutar de atividades não-produtivas sem culpa associada (*Lazer*).

No que respeita às sete polaridades, verifica-se que todas elas têm correlações negativas e fortes com a dimensão *Obsessão-compulsão* do BSI, o que sugere que a desregulação das sete polaridades é relevante no quadro clínico da POC. De forma semelhante ao que aconteceu com as necessidades, as correlações negativas mais elevadas vão para as polaridades: *Exploração-Tranquilidade*, *Autoestima-autocritica*, *Produtividade-Lazer*, *Prazer-dor*, *Proximidade-diferenciação*.

Em suma, nesta investigação, como previsto, o grupo com POC apresenta menor capacidade de regular a satisfação das suas necessidades psicológicas. Assim sendo, os resultados deste estudo são congruentes com a teoria da perturbação do MCP que concetualiza a associação entre dificuldades de regulação das necessidades psicológicas e maior sintomatologia e perturbação. Também de acordo com o previsto, o grupo com POC apresenta correlações negativas mais fortes entre as dificuldades de regulação emocional e a satisfação das necessidades psicológicas, o que é congruente com a formulação do MCP que enfatiza a relação estreita entre sistema emocional e a regulação das necessidades psicológicas (Faria & Vasco, 2011; Telo & Vasco, 2012; Vasco, 2013). Deste modo, a presente investigação replica os estudos realizados no âmbito do MCP, dando suporte empírico às suas formulações teóricas.

Hipótese 4

Os resultados obtidos ao nível do teste de comparação entre o grupo com POC e o grupo Não Clínico permitem confirmar a hipótese segundo a qual o grupo com POC apresenta valores mais elevados nos perfis de discrepâncias das necessidades psicológicas (**Hipótese 4**), constituem-se como exceção os perfis: *+Coerência-Incoerência*, *+Autoestima-Autocrítica* e *+Exploração-Tranquilidade*.

Assim, o grupo com POC, comparativamente com o grupo Não Clínico apresenta níveis significativamente mais elevados de discrepância em onze perfis. Relativamente aos perfis que se assumem como exceção, é de referir que o perfil *+Coerência -Incoerência* apresenta valores mais altos de discrepância no grupo Não Clínico, contudo estes não são estatisticamente significativos. E os perfis *+Exploração -Tranquilidade* e *+Autoestima -Autocrítica* apresentam Ordens médias muito semelhantes nos dois grupos, mas superiores no grupo não clínico. Por outro lado, o perfil *+Prazer-Dor* assume níveis de discrepância significativamente mais elevados no grupo com POC, contudo em comparação com os outros dez perfis o nível de significância da diferença neste perfil é menor. Assim, os perfis que assumiram Ordens médias mais baixas no grupo com POC foram respetivamente: *+Coerência -Incoerência*; *+Autoestima -Autocrítica*; *+Exploração -Tranquilidade* e *+Prazer-Dor*, sugerindo que estes quatro perfis são os que menos contribuem para a intensidade e manutenção da POC. Por outro lado, os *perfis -Coerência do Self +Incoerência do self* e *-Autoestima +Autocrítica* são os que apresentam Ordens médias mais elevadas, sugerindo que são os que mais contribuem para a POC.

Estes resultados têm alguma congruência com os obtidos no estudo original com a EPDN (Barcelos & Vasco, 2014), no qual se comparam indivíduos “com perturbação” com indivíduos “sem perturbação”, verificando-se que, tal como nesta investigação, os perfis *+Coerência-Incoerência* e *+Autoestima-Autocrítica* apresentam valores superiores no grupo “sem perturbação”. Mas no estudo de Barcelos e Vasco (2014), o perfil *+Coerência-Incoerência* para além de apresentar valores superiores no grupo “sem perturbação”, a diferença entre os dois grupos é também estatisticamente significativa, o que não ocorre no presente estudo. Por outro lado, o perfil *+Prazer-Dor* no estudo original apresenta valores mais elevados no grupo “com perturbação”, mas essa diferença não é estatisticamente significativa, enquanto que no presente estudo é significativa ($p < .05$). É, contudo, no perfil *+Exploração-Tranquilidade* que se observam os resultados mais distintos nos dois estudos, na medida em que no estudo original o grupo “com perturbação” apresenta níveis significativamente mais elevados que o grupo “sem perturbação”, o que não acontece na presente investigação. O que parece indicar que o perfil

+Exploração-Tranquilidade é um perfil que não é característico da POC, isto é, os participantes com diagnóstico de POC, neste estudo, revelaram um estilo de funcionamento que não é congruente com um *Estilo de Comportamento Tipo A, Borderline e "Sensation-Seeking"*, caracterizado por uma constante procura de atualização interna através de novas experiências e de sensações intensas que leva à impulsividade e à tendência para ações de risco (perfil *+Exploração-Tranquilidade*), o que se apresenta compatível com o quadro clínico da POC.

Relativamente ao estudo das correlações entre as subescalas da EPDN verifica-se que estas apresentam entre si correlações positivas e fortes ou moderadas (**Hipótese 12**), sendo exceção, mais uma vez, as subescalas: *+Coerência do Self-Incoerência*, *+Exploração-Tranquilidade e +Prazer -Dor* e *+Autoestima-Autocrítica*. Estes resultados são novamente semelhantes aos encontrados no estudo original por Barcelos, Lopes e Vasco (2014), na medida em que, também nesse estudo, estas quatro subescalas apresentam, predominantemente, correlações mais fracas com os restantes perfis.

No que respeita às correlações entre as subescalas da EPDN e a ERSN, estas são predominantemente negativas e fortes ou moderadas (**Hipótese 13**), contudo aparecem novamente como exceção as subescalas: *+Exploração-Tranquilidade* e *+Coerência do Self-Incoerência*, com correlações positivas, e *+Prazer -Dor* e *+Autoestima-Autocrítica*, com correlações fracas, embora na generalidade negativas. De notar que estes resultados, predominantemente negativos, evidenciam que há uma tendência para níveis elevados de discrepância nas necessidades se associarem a níveis baixos de regulação da satisfação das necessidades psicológicas e vice-versa. De ressaltar ainda, nesta investigação, bem como no estudo original, as subescalas da EPDN que apresentam correlações negativas mais altas com a ERSN global são: *-Coerência +Incoerência*; *-Autoestima +Autocrítica* e *-Prazer +Dor*.

Analisando as correlações entre a EPDN e a EDRE verifica-se que os resultados confirmam a hipótese de que estas duas escalas estão correlacionadas positivamente (**Hipótese 15**). Assim, as subescalas da EPDN apresentam, na generalidade, correlações positivas e fortes ou moderadas com a EDRE, são novamente exceção os perfis *+Prazer-Dor*; *+Exploração-Tranquilidade*; *+Coerência do Self-Incoerência do Self* e *+Autoestima-Autocrítica*. Estas relações predominantemente positivas entre a EPDN e a EDRE indicam que valores elevados nos perfis de discrepância se associam a valores mais elevados de dificuldades de regulação emocional.

Por fim, quanto ao estudo das correlações entre as subescalas da EPDN e o BSI confirma-se também que estas variáveis se associam positivamente (**Hipótese 14**), na generalidade, apresentam valores fortes e moderados. Mais uma vez, emergem como exceções: *+Coerência*

do Self- Incoerência da self e *+Exploração-Tranquilidade* com correlações, na generalidade, negativas embora fracas e não significativas e *+Autoestima-Autocrítica* e *+Prazer-Dor* com correlações fracas, contudo, positivas. No estudo original também são estas as quatro escalas com correlações mais baixas com as dimensões do BSI. Uma das hipóteses que se coloca para explicar estes resultados é de que a sintomatologia possa ser menos determinada por estes perfis do que pelos outros (Barcelos, Lopes e Vasco, 2014). Por outro lado, os perfis que surgem mais associados à sintomatologia são os de discrepâncias opostas (*-Coerência do Self +Incoerência; -Autoestima +Autocrítica* e *-Prazer +Dor*) sugerindo que estes são os perfis que mais contribuem para a psicopatologia. Estes resultados, também, são congruentes com os obtidos por Barcelos, Lopes e Vasco (2014) no estudo original.

Uma outra hipótese que se coloca para explicar o facto de sistematicamente emergirem quatro perfis (*+Prazer-Dor; +Autoestima-Autocrítica; +Exploração-Tranquilidade* e *+Coerência do Self-Incoerência do Self*) que se assumem como exceção, i.e., com correlações, com as variáveis em estudo, fracas ou no sentido contrário ao previsto, relaciona-se com a construção destas subescalas, cujos itens podem não estar a traduzir o funcionamento psicopatológico para que foram criados e, por isso, estarem a medir algo diferente das restantes subescalas. Sendo a EPDN uma escala recente que está em aperfeiçoamento, sugere-se que se tenha em consideração estes resultados em posteriores reformulações da escala.

Hipótese 5

No que respeita à hipótese de o grupo com POC apresentar um perfil distinto do grupo Não Clínico e de este constituir um perfil integrativo característico deste grupo (**Hipótese 5**), considera-se que foi confirmada. O teste de comparação inter-grupos demonstra diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em onze perfis, apenas em três perfis (*+Coerência-Incoerência, +Autoestima-Autocrítica; +Exploração-Tranquilidade*) não se observam diferenças estatisticamente significativas, sendo que, também, a análise das correlações entre a EPDN e o BSI permitiu verificar que estes três perfis são os que menos se correlacionam com a sintomatologia, sugerindo que são aqueles que menos contribuem para a psicopatologia.

A análise dos resultados obtidos através do teste de comparação inter-grupos, ao considerar as variáveis do perfil em conjunto, e tomando em conta as suas interações, atesta que os dois

grupos apresentam-se como distintos, sendo possível concluir que o grupo com diagnóstico de POC apresenta um perfil de discrepâncias no seu conjunto diferente do grupo não Clínico.

De seguida apresentam-se os perfis do grupo Clínico, que obtiveram diferenças significativas, por ordem decrescente: *-Coerência +Incoerência; -Autoestima +Autocrítica -Prazer/+Dor; +Proximidade-Diferenciação; +Controlo-Cooperação); +Produtividade-Lazer* e *-Proximidade +Diferenciação; -Controlo +Cooperação; -Exploração +Tranquilidade; +Produtividade-Lazer; +Prazer-Dor*. Estes resultados sugerem serem estes os perfis que mais contribuem para a intensidade e manutenção da POC. Em contraste, no grupo Não Clínico, estes perfis surgem na mesma ordem mas no sentido inverso, i.e., o perfil *Coerência +Incoerência* é o que no grupo Não Clínico apresenta Ordens médias mais baixas, seguido de *-Autoestima +Autocrítica* e, assim sucessivamente, até *-Prazer-Dor*.

De modo semelhante, a análise das correlações entre a dimensão *Obsessão-compulsão* do BSI e as subescalas da EPDN, coloca em evidência sete perfis que apresentam associações fortes com a dimensão Obsessão- compulsão: *-Coerência do Self +Incoerência do Self; -Prazer +Dor; -Autoestima +Autocrítica; +Controlo-Cooperação; -Controlo +Cooperação; +Proximidade -Diferenciação; -Proximidade +Diferenciação*. De notar que os restantes sete perfis apresentam correlações apenas moderadas ou fracas com a dimensão *Obsessão-compulsão*, confirmando serem estes os perfis que mais se associam com o quadro clínico de POC. Também a partir dos estudos das correlações é possível verificar que os perfis que menos se associam à dimensão *Obsessão-compulsão* são: *+Coerência do Self -Incoerência do Self; +Exploração -Tranquilidade* e *+Autoestima -Autocrítica*.

Conclui-se, assim, que os perfis que emergem a partir da análise dos resultados obtidos no teste de comparação inter-grupos e no estudo das correlações com a dimensão *Obsessão-compulsão*, na generalidade, são os mesmos. Quando se pondera a conceptualização dos perfis *+Coerência do Self- Incoerência da self, +Autoestima-Autocrítica* e *+Exploração-Tranquilidade*, é possível perceber que estes partilham entre si um funcionamento marcado por elevada sensação de coerência, autoestima e necessidade de exploração e exposição à novidade. Tendo em conta o quadro clínico da POC que, pelo contrário, se caracteriza por elevada incoerência entre *selves* e baixa autoestima, compreende-se que estes perfis tenham valores baixos e sejam antes os perfis opostos (*-Coerência do Self+ Incoerência do self, -Autoestima +Autocrítica*) a sobressair no grupo com diagnóstico de POC.

Para lá dos dados provenientes das análises de comparação de grupos, também uma análise interna aos perfis (a partir dos diagramas de extremos e quartis) de cada grupo revela um conjunto de subescalas que se posicionam de modo distinto. Assim, *+Coerência -Incoerência*,

+ *Exploração -Tranquilidade* e + *Autoestima -Autocrítica* que no perfil do grupo Clínico, se apresentam como as subescalas com valores claramente mais baixos, no grupo Não Clínico são precisamente aquelas em que se observam valores mais elevados. Do mesmo modo, as subescalas -*Coerência + Incoerência*, -*Autoestima + Autocritica* e -*Produtividade +Lazer*, -*Proximidade +Diferenciação* e - *Prazer +dor*, que no grupo Não Clínico apresentam valores mais baixos, são aquelas que no Grupo Clínico apresentam valores mais altos.

Em suma, os resultados obtidos, quer a partir do teste das comparações inter-grupos quer a partir do estudo das correlações, bem como a partir da análise intra-grupal dos perfis de cada grupo, permitem concluir que os dois grupos apresentam perfis de discrepância, no seu conjunto, claramente distintos. Estes dados permitem ainda identificar um perfil integrativo característico do grupo Clínico, este perfil contém as seguintes subescalas: -*Coerência +Incoerência*, -*Autoestima +Autocritica*, -*Prazer +dor*, -*Proximidade +Diferenciação*, +*Controlo-Cooperação*; -*Produtividade +Lazer* e -*Proximidade +Diferenciação*.

O perfil integrativo que enunciamos é concetualmente congruente com o quadro Clínico da POC. O indivíduo com POC vive em permanente sofrimento e conflito consigo próprio, uma vez que é assolado por obsessões (pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são experienciados como intrusivos e indesejados) e compulsões às quais não é capaz de resistir (APA, 2013), de modo que se compreende que o grupo Clínico apresente um perfil cujo funcionamento se caracterize por manifestar dificuldades: (a) em experienciar congruência entre Self Real e Self Ideal, e entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, o que contribui para o emergir de uma egodistonia e ruminação constantes, bem como, sentimento de frustração, vergonha, culpa e/ou desânimo (-*Coerência +Incoerência*); (b) em se estimar, o que contribui para o surgimento de sentimentos de desvalorização pessoal, falta de confiança, intolerância aos erros do próprio e idealização dos outros (*Autoestima +Autocritica*); (c) em diferenciar dores produtivas e improdutivas e em desfrutar de prazer físico e psicológico, o que contribui para um foco em aspetos negativos e uma visão depreciativa de si, dos outros e do futuro e consequentemente para a ocorrência de humor deprimido e de sentimentos de culpa e fracasso (-*Prazer +dor*); (d) em se autodeterminar, o que contribui para o emergir de atitudes de passividade, submissão, conformismo e dependência face aos outros, por forma a evitar o abandono (+*Proximidade -Diferenciação*); (e) em delegar e cooperar com o outro, o que contribui para uma postura de rigidez e repetição ligadas a uma organização excessiva, auto-centração e perfeccionismo (+*Controlo-Cooperação*); (f) em realizar feitos e desafios sentidos como valiosos para o próprio, observando-se lentificação geral, falta de iniciativa e motivação para produzir, o que contribui para o emergir de sentimentos de culpa associados à consciência

de não cumprimento de realizações consideradas produtivas para próprio (-Produtividade +Lazer) e (g) em estabelecer relações íntimas e de proximidade com o outro, o que contribui para retraimento no contacto social, preferência por atividades solitárias e expressão emocional reduzida (-Proximidade +Diferenciação).

É de notar que no domínio das teorias da “perturbação”, da “adaptação” e da “intervenção” do MCP, considera-se vital a redução dos níveis de discrepância de modo a fomentar o equilíbrio na regulação da satisfação das necessidades, contribuindo assim para um maior bem-estar e saúde mental. De modo que se pensa que esta análise dos perfis, ao fornecer uma compreensão do funcionamento estrutural dos pacientes com POC, pode permitir adequar a prática terapêutica ao perfil/padrão do paciente e simultaneamente ajudar a promover o seu autoconhecimento, permitindo uma intervenção mais holística e abrangente e não apenas a nível do alívio sintomático (Barcelos & Vasco, 2013).

Conclusão

Esta investigação teve como objetivo central contribuir para uma compreensão mais alargada da POC, a partir do estudo de variáveis integrativas: dificuldades de regulação emocional, regulação da satisfação das necessidades e perfis de discrepância das necessidades. Com esse objetivo, realizou-se um estudo de carácter quantitativo com duas amostras, uma delas constituída por participantes com diagnóstico de POC (grupo Clínico) e a outra com participantes sem perturbação (grupo Não Clínico). Os resultados obtidos no teste de comparação inter-grupos surgiram no sentido esperado. Assim, evidenciaram que o grupo Clínico, comparativamente com o grupo Não Clínico, apresenta, na generalidade, níveis significativamente mais elevados quer de dificuldade de regulação das emoções quer de discrepâncias das necessidades e, ainda, níveis mais baixos de regulação da satisfação das necessidades. De modo geral, também se confirmam as hipóteses relativas às correlações entre as variáveis em avaliação.

Os dados obtidos nesta investigação fornecem informação relevante sobre as dificuldades emocionais, a regulação das necessidades e os perfis de discrepância (variáveis integrativas) numa população com POC e põem em evidência o valor heurístico destas variáveis para um melhor conhecimento desta perturbação.

As conceitualizações e intervenções, atuais, com a POC têm sido elaboradas com base, sobretudo, em variáveis cognitivo-comportamentais, descurando o sistema emocional e as

necessidades psicológicas, não obstante a importância que também conferimos às variáveis cognitivo-comportamentais na compreensão e intervenção com esta perturbação, consideramos que os resultados desta investigação revelam que é uma mais-valia incluir na conceptualização e na intervenção com a POC as variáveis integrativas que estiveram sob estudo nesta investigação.

Outro contributo desta investigação diz respeito ao reforço da teoria da “perturbação” do MCP, uma vez que os dados obtidos dão suporte e replicam os resultados das pesquisas empíricas realizadas no âmbito do MCP. Assim, tal como nos estudos anteriores, também, no presente estudo se constata que a psicopatologia se associa a dificuldades de regular adequadamente as emoções e a satisfação das necessidades, e que a incapacidade do indivíduo se movimentar entre os polos das necessidades promove padrões/estilos de funcionamento não-adaptativo e se associa a perturbação.

Em síntese, concluímos que os resultados obtidos no presente estudo conferem suporte ao que se defende no presente trabalho relativamente à necessidade de incorporar variáveis integrativas, quer na elaboração dos modelos teóricos da POC, quer no equacionamento de novas intervenções terapêuticas com a POC.

Apesar do contributo para a compreensão integrativa da POC, este estudo contém algumas limitações. Em primeiro lugar, o uso exclusivo de medidas de autorrelato que se sabe serem vulneráveis aos efeitos da desejabilidade social, ao que acresce o facto de os instrumentos utilizados não conterem escalas de validade. Em segundo lugar, a EPDN é um instrumento recente (2014) que ainda está em estudo e aperfeiçoamento. De modo que são necessários mais estudos com a EPDN por forma a avaliar e melhorar as suas qualidades psicométricas. Em terceiro lugar, a reduzida dimensão da amostra de indivíduos com diagnóstico de POC (grupo clínico) e de indivíduos sem perturbação (grupo não clínico) limita a possibilidade de generalização dos resultados obtidos. Em quarto lugar, a amostra utilizada nesta investigação é uma amostra de conveniência, ao que acresce, ainda, o facto de o grupo Não Clínico não ser representativa da população geral, uma vez que para assegurar que não se incluíam indivíduos com POC não diagnosticados se optou por seleccionar para este grupo indivíduos com sintomatologia abaixo de 1.7, ponto de corte do BSI usado para distinguir indivíduos perturbados de não perturbados (Canavarro,1999).

Em futuras investigações há que procurar acautelar estas limitações. Simultaneamente seria relevante fazer um estudo comparativo longitudinal com a população com diagnóstico de POC, em que se comparasse intervenções terapêuticas cognitivo-comportamentais com intervenções

integrativas que incluíssem as variáveis aqui estudadas (Sistema Emocional, Necessidades e Perfis), por forma a averiguar a eficácia destas intervenções e o seu valor terapêutico.

Referências Bibliográficas

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44–52.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 276-281
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (5th edition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barcelos, E. & Vascos, A. B. (2014). *Polaridades dialécticas das necessidades psicológicas: perfis de discrepâncias e relação com a sintomatologia* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. & associates (2004). *Cognitive therapy for personality disorders* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Bernardo, F., & Vasco, A. B. (2011). *Necessidades psicológicas de proximidade e autonomia: Relação com o bem-estar e mal-estar psicológicos* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa: Lisboa. Retirado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/4998>
- Björgvinsson, T., Hart, J., & Heffelfinger, S. (2007). Obsessive-compulsive disorder: Update on assessment and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 13, 362–372. doi: 10.1097/01.pra.0000300122.76322
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical implications of attachment theory*. London: Routledge.

- Burgy, M. (2005). Psychopathology of Obsessive-Compulsive Disorder: a Phenomenological Approach. *Psychopatologia*, 38 (4), 291-300.
- Campos, J. J., Campos, R. G., & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 394-402.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, p. 87-109). Braga: SHO/APPORT
- Cohen, J.. (1988), *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2^a ed). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (Serial No. 240), 73–100.
- Conceição, N., & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidades do self como um boi para um palácio: Perplexidades e fascínio. *Psychologica*, 40, 55-73.
- Conde, E. M., & Vasco, A. B. (2012). Dialéctica de Polaridades de Regulação da Satisfação de Necessidades Psicológicas: Relações com bem-estar e distress psicológicos (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa: Lisboa. Retirado em <http://hdl.handle.net/10451/8177>
- Cortez, V. L., & Bugental, D. B. (1994). Children's visual avoidance of threat: A strategy associated with low social control. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 82–97.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2009). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e a sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151. doi: 10.1590/S010160832010000400001

- De La Cruz, L.F., Landau, D., Iervolino, A.C., Santo, S., Pertusa, A., Singh & Mataix-Cols, D. (2013) Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *Journal of anxiety disorders*, 27(2), 204-9.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268
- Epstein, S. (1993). Emotion and self-theory. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 313-326). New York: Guilford Press.
- Faria, J., & Vasco, A. B. (2011). *Needs necessarily needed: A guide for clinical decisionmaking*. Comunicação apresentada na 27.^a Conferência da Society for the Exploration of Psychotherapy Integration: Crossing the divide: SEPI's unique place in bridging the science-practice gap, Washington, DC, EUA.
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive– compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 243-248. doi:10.1016/j.jocrd.2014.06.001
- Ferreira, A. & Vasco, A. B. (2013). *Necessidades psicológicas, discrepâncias do self e relação com o bem-estar/distress psicológicos e sintomatologia* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa: Lisboa. Retirado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10453>
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder: A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1543–1558.
- Foa, EB., Kozak, M.J., Goodman W.K., Hollander E. , Jenike M.A. & Rasmussen S.A. (1995). DSM-IV Field trial: Obsessive Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 990-996.
- Fontenelle L F, Mendlowicz MV & Versiani M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 30(3), 327-37.
- Freud, S. (1909). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In Edição *Standard Brasileira das Obras*

Psicológicas Completas de Sigmund Freud (pp X) Rio de Janeiro: Imago.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi: 0882-2689/04/0300-0041/0
- Grawe, K. (2006). *Neuropsychotherapy: how the neurosciences inform effective psychotherapy*. Hove: Routledge.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent and Response-Focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237. doi: 10.1037/0022-3514.74.1.224
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. doi: 10.1017/S0048577201393198.
- Gross, J. J. (2015). The Extended Process Model of Emotion Regulation: Elaborations, Applications, and Future Directions. *Psychological inquiry*, 26, 130-137. doi: 10.1080/1047840X.2015.989751
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164. doi: 10.1111/j.14682850.1995.tb00036.x

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Higgins, E. T. (1989). Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer? *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 93- 136.
- James, W. (1884). What is an emotion?. *Mind*, Vol. 9, 34, 188-205.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1334. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343–354.
- Kraaij, V., Garnefski, N., de Wilde, E. J., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S., & Ter Doest, L. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 185–193
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Leonardo, C. & Afonso, M.J. (2013). *Regulação Emocional e da Satisfação das Necessidades Psicológicas na Ansiedade Social*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Leonard, H.L., Swedo, S.E., Lenane, M.C., Rettew, D.C., Hamburger, S.D., & Bartko, J.J. et al. (1993). A 2 to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 429-39

- Lopes, S.A., Vascos, A. B. (2014). *Perfis de discrepâncias de necessidades psicológicas: relações com o bem-estar e distress psicológicos*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Macedo A. & Pocinho, F. (2007). Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Lisboa: ReportNumber
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?*. Laboratório de Psicologia, 4(1), 65-90
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 228–238.
- Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and peer preference. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 73–86
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. & Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life* (2nd Ed.). US: Wiley.
- Miranda, M & Bordin, A. (2001). Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 23 , 10 -12.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (3rd ed.). Berkshire: Open University Press.
- Pires, R. O., Silva, D. & Ferreira, A. S., (2011). Estilos de Personalidade e Vulnerabilidade à Sugestão no Contexto de uma Relação Interpessoal. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Pignotti, M., & Thyer, B. A. (2011). Guidelines for the treatment of obsessive compulsive disorder. Best Practices. *Mental Health: An International Journal*, 7 (2), 84-93.

- Romão, A. & Vasco, A. B. (2013). *Regulação da satisfação de necessidades psicológicas através de cenários emocionalmente ativadores: Relação com o bem-estar e distress psicológicos e sintomatologia* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa: Lisboa. Retirado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10452>.
- Ruiloba, V. & Berriou, G. (1995). *Estados Obsessivos*. (2ª ed). Barcelona: Masson.
- Ruscio, M. Stein, D. Chiu, W. & Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *The National Comorbidity Survey Replication. Molecular Psychiatry*; 15, 53-63.
- Salter-Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L & Mennin DS. (2006) Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 469–480.
- Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Kim, Y., & Kasser, T. (2001). What is satisfying about satisfying events? Testing 10 candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80 (2), 325-339. doi: 10.1037//00223514.80.2.35.
- Silva, J., Costa D., Vicente, M & Lourenço, T.H. (2011). Inventário de Obsessão-Compulsão: Análise da validade de um instrumento reduzido de prevalência temática dos sintomas do TOC. *Ψ PSIC*, v. 42, 4, 519-526.
- Sol, A. L., & Vasco, A. B. (2012). *Relações entre Sintomatologia e Necessidades, bem-estar e distress psicológicos* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa: Lisboa. Retirado em <http://hdl.handle.net/10451/7648>
- Stein, D. J. (2002). Seminar: Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360, 397-405.
- Stern, M. R., Nota, J. A., Heimberg, R. G., Holaway, R. M., & Coles, M. E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 109-114. doi:10.1016/j.jocrd.2014.02.005

- Telo, C., & Vasco, A. B. (2012). Relações entre Regulação Emocional, a Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas, o Bem-Estar/Distress Psicológicos e a Sintomatologia (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa: Lisboa
- Thompson, R. A. (1994) Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
- Thompson, R. A., & Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8, 163–182.
- Tolin, D. F., & Maltby, N. (2008). Motivating treatment-refusing patients with obsessive-compulsive disorder. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), *The treatment of psychological problems* (pp. 85–108). New York: Guilford.
- Tolin, D. G., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (2001). Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 501–510
- Torres, A., Lima, M. (2005). Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(3), 237-242.
- Vasco, A. B. (2005). A conceptualização de caso no modelo de complementaridade paradigmática: Variedade e integração. *Psychologica*, 40, 11-36.
- Vasco, A. B. (2009). *Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness*. Comunicação apresentada na “16th Conference: European Association for Psychotherapy”. Lisboa, Portugal.
- Vasco, A. B. (2012). *Quando um peixe encarnado nos começa, de súbito, a revelar a sua também cor negra, pintemo-lo, então, digamos, de amarelo: Em volta da integração em Psicoterapia*. Comunicação apresentada no 1.º Congresso Nacional da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, Portugal.
- Vasco, A. B. (2013). *Sinto e Penso, logo Existo!/: Abordagem Integrativa das Emoções*. *PsiLogos*, 11(1), 37-34

- Vasco, A. B., Faria, J., Vaz, F. M., & Conceição, N. (Maio, 2010). *Adaptation, disorder and the therapeutic process: Needs or emotional dysregulation?*. Comunicação apresentada na 26.^a Conferência da Society for the Exploration of Psychotherapy Integration: One or many sciences for Psychotherapy Integration: What constitutes evidence?, Florença, Itália.
- Vasco, A. B. & Vaz-Velho, J. (Maio, 2010). “*The integrative essence of seven dialectical needs polarities*”. Comunicação apresentada na “XXVI International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration”. Florença, Itália.
- Vaz, F., & Martins, C. (2009). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho. Retirado em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9898/1/tese.pdf>
- Veloso, M., Pinto-Gouveia, J., & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). *Psychologica*, 54, 87-110.
- Zeman, J. & Garber, J. (1996). Display rules for anger, sadness, and pain: It depends on who is watching. *Child Development*, 67, 957–973.

Anexos

Anexo A

Crêterios de diagnóstico de POC (APA, 2013)

Critérios de diagnóstico

Critérios Perturbação Obsessivo-Compulsivo (DSM-V, APA, 2013)

A – Existência de obsessões ou compulsões, ou ambas:

As obsessões são definidas por :

1. pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são experienciados como intrusivos e indesejados, de algum momento durante a perturbação, e que causam marcada ansiedade ou aflição .
2. a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com outro pensamento ou ação (i.e. através da realização de uma compulsão).

As compulsões são definidas por :

1. comportamentos repetitivos (e.g. , lavagem de mãos, ordenação, verificação) ou atos mentais (e.g, rezar, contar, repetir palavras em silencio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas de forma rígida.
2. os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou angústia, ou prevenir algum evento ou situação temida. Porém, estes comportamentos ou atos mentais não estão relacionados de forma realista com o que pretendem neutralizar ou prevenir ou são claramente excessivos.

B. as obsessões ou compulsões são demoradas (e.g., ocupam mais de 1 hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou noutras áreas importantes de funcionamento.

C. os sintomas obsessivo-compulsivos não são imputáveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (e.g., uma droga de abuso, uma medicação) ou a uma condição médica geral.

D. a perturbação não é melhor explicada pelos sintomas de outra patologia mental

(e.g, preocupações excessivas, como no Perturbação de Ansiedade Generalizada; preocupação com a aparência, como no Perturbação Dismórfica Corporal; dificuldade em descartar ou separar-se de bens, como na Perturbação de Acumulação Compulsiva; arrancar e puxar cabelo, como na Tricotilomania; arrancar pele, como na Escoriação Compulsiva; estereotipias, como no Perturbação de Movimentos Estereotipados; comportamentos ritualizados, como preocupação Perturbação do Comportamento Alimentar; preocupações com substâncias ou jogos, como na Perturbação Aditiva ou Relacionada com Substâncias; preocupação em ter uma doença grave, como na Hipocondria; impulsos ou fantasias sexuais, como nas Parafilias; impulsos, como na Perturbação Disruptiva do Comportamento de Conduta ou de Controlo de Impulsos; ruminações de culpa, como na Perturbação Depressiva Major; inserção de pensamentos ou preocupações delirantes, como na Perturbação do Espectro da Esquizofrenia

e outras Perturbações Psicóticas; ou padrões de comportamentos repetitivos como na Perturbação do Espectro do Autismo)

Especificar se:

Com bom insight: O indivíduo reconhece que as crenças obsessivo-compulsivas não são ou podem não ser verdadeiras

Com pobre: O indivíduo pensa que as crenças obsessivo-compulsivas são provavelmente verdadeiras.

Com insight ausente O indivíduo está totalmente convencido de que as crenças obsessivo-compulsivas são verdadeiras.

Especificar se com tiques: O indivíduo tem uma história atual ou passada de uma perturbação de Tique.

Anexo B

Conceptualização Descritiva dos Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas

Conceptualização Descritiva dos Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas

(Barcelos & Vasco, 2014; Lopes & Vasco, 2014)

Perfil “+ **Prazer -Dor**”: Maximização do prazer com vista a anestesiar a dor. Disfruto do prazer (físico e psicológico) de forma alienante, devido a ser compensatório de dificuldades na vivência da dor produtiva. Preconiza-se que este funcionamento seja marcado por um *Estilo Histriónico/Anestesiante*, isto é, caracterizado pela procura de oportunidades e/ou momentos que proporcionem bem-estar/prazer de modo a anestesiar momentaneamente a dor. Sugere-se a existência de uma tendência para a sociabilidade e procura incessante de aprovação e atenção.

Perfil “- **Prazer +Dor**”: Vivência do sofrimento com pouca qualidade, manifesto na dificuldade de diferenciar dores produtivas e improdutivas e na incapacidade para desfrutar de prazer físico e psicológico. Propõe-se que seja marcado por um estilo *Depressivo e Autoderrotista*, em que as experiências de dor se focam nos aspetos negativos e o indivíduo tem uma visão depreciativa de si, dos outros e do futuro. Tendência para assumir uma postura de vítima ou de autossacrifício. Persistência do humor deprimido e de sentimentos de culpa e fracasso.

Perfil “+ **Proximidade – Diferenciação**”: Vivência da proximidade sem qualidade; o investimento no estabelecimento e manutenção de relações íntimas é compensatório da incapacidade de autodeterminação. Postula-se que o funcionamento seja marcado por um Estilo *Dependente e Autoderrotista* caracterizado por falta de autonomia, de iniciativa e de autoconfiança. Este funcionamento é marcado por passividade, submissão, conformismo e dependência face aos outros, por forma a evitar o abandono.

Perfil “- **Proximidade +Diferenciação**”: Pouca qualidade das competências de diferenciação e autodeterminação, manifesta num foco excessivo na autonomia e na dificuldade de estabelecer relações íntimas e de proximidade com o outro. Considera-se que o funcionamento é marcado por um *Estilo Evitante e "Esquizo"* em que o indivíduo tem uma rede social diminuta ou inexistente. Observa-se retraimento no contacto social, estabelecimento de relações superficiais com o outro, preferência por atividades solitárias e uma expressão emocional reduzida. Ocorrência de um conflito entre o querer relacionar-se e o medo da rejeição.

Perfil “+ **Produtividade –Lazer**”: A capacidade de concretizar obras e feitos sentidos como valiosos não tem qualidade, sendo compensatória face à incapacidade de relaxar sem culpa associada. Preconiza-se um funcionamento marcado por um *Estilo de Comportamento Tipo A e Obsessivo-Compulsivo* em que se observa uma procura constante de novos objetivos e desafios. O valor pessoal é definido pelos produtos concretizados, havendo uma devoção excessiva ao trabalho e uma luta crónica para fazer cada vez mais em menos tempo. Consequentemente ocorre uma vulnerabilidade ao *stress* e uma incapacidade para usufruir atividades de lazer e relaxar.

Perfil “- **Produtividade +Lazer**”: Falta de qualidade na capacidade de relaxar e de se sentir confortável, dado ser compensatória de uma incapacidade de realizar feitos e desafios sentidos como

valiosos. Postula-se um funcionamento marcado por um *Estilo Ocioso e de Procrastinação* caracterizado pela inatividade, lentificação geral, apatia, falta de iniciativa e motivação para produzir, culminando na procrastinação eterna. Ocorrência de sentimentos de culpa relacionados com o não cumprimento de feitos sentidos como importantes para o próprio.

Perfil “**+Controlo – Cooperação**”: Falta de qualidade na capacidade de controlar e influenciar o meio que deriva de dificuldades em delegar e cooperar com o outro. Considera-se que é um funcionamento marcado por um *Estilo Obsessivo-Compulsivo e Agressivo-Sádico* pautado pela rigidez e repetições ligadas a uma organização excessiva, auto-centração e perfeccionismo. Predomínio de uma hipersensibilidade à humilhação e/ou à crítica, assim como, dificuldade em aceitar os próprios erros e os dos outros, com possíveis manifestações agressivas e hostis nas interações sociais. Elevada necessidade de controlo e consequentemente dificuldade em delegar tarefas.

Perfil “**-Controlo +Cooperação**”: Pouca qualidade na capacidade de delegar, cooperar e partilhar o controlo na medida em que é compensatória da incapacidade de controlar o meio. Preconiza-se um funcionamento marcado por um *Estilo Passivo-Agressivo e Autoderrotista* caracterizado pela percepção de baixa autoeficácia, em que o indivíduo não se sente merecedor de realização pessoal, revelando dificuldade em assumir papéis de liderança. Tendência para comportamentos de submissão e de autossacrifício, bem como de atribuição do controlo pessoal ao outro. O indivíduo poderá oscilar entre deferência e conformismo e nas interações sociais pode manifestar tendência para uma oposição agressiva.

Perfil “**+Exploração – Tranquilidade**”: A capacidade de exposição a novos ambientes e contextos é de pouca qualidade, dado que é compensatória da incapacidade de apreciar o que se tem e o que se é no presente. Propõe-se um funcionamento marcado por um *Estilo Comportamento Tipo A, Borderline e "Sensation-Seeking"* caracterizado pela existência de uma necessidade permanente de estimulação e de novidade derivada da insatisfação com o que se tem e o que se é. Procura constante de atualização interna através de novas experiências e de sensações intensas que leva à impulsividade e à tendência para ações de risco.

Perfil “**-Exploração +Tranquilidade**”: A capacidade de apreciar o que se tem na vida e o que se é, no aqui e no agora, é de pouca qualidade devido a ser compensatória da dificuldade em explorar e em se expor à novidade. Preconiza-se um funcionamento marcado por um *Estilo Resignado* caracterizado por uma tranquilidade apática e aceitação resignada relacionada com dificuldades na exploração do meio e na abertura à novidade.

Perfil “**+Coerência do Self -Incoerência do Self**”: A capacidade de experienciar congruência entre *Self Real* e *Self Ideal* e entre pensamentos, sentimentos e comportamentos é de pouca qualidade, dado ser compensatória de incapacidade de tolerar conflitos e incongruências ocasionais. Considera-se que o funcionamento é marcado por um *Estilo Rígido, de Armadura Caracterial e Paranoide* caracterizado pela presença de mecanismos de defesa cronicamente ativos que procuram proteger uma visão positiva sobre o *Self Real*. Recurso à atribuição causal externa quando se experiencia incoerências ocasionais.

Perfil “**-Coerência do Self +Incoerência do Self**”: A competência de tolerar conflitos e incongruências ocasionais é de pouca qualidade dado ser compensatória de dificuldades em experienciar congruência entre *Self Real* e *Self Ideal*, e entre pensamentos, sentimentos e comportamentos. Propõe-se um funcionamento marcado por um *Estilo Depressivo, Ansioso e Borderline* caracterizado pela constante ruminação e incoerência entre as várias instâncias do *Self*, o que contribui para uma egodistonia permanente. Tendência para o emergir de sentimentos de vazio interior, frustração, vergonha, culpa e/ou desânimo devido à discrepância entre o *Self Ideal* e o *Self Real*.

Perfil “**+Autoestima – Autocrítica**”: A capacidade de autoestima e de auto-satisfação é de pouca qualidade devido à incompetência para aceitar e aprender com as insatisfações e erros pessoais. Preconiza-se um funcionamento marcado por um *Estilo Narcísico e Antissocial* caracterizado pelo egocentrismo, sentimentos de superioridade, grandiosidade, orgulho, confiança e necessidade de adoração. Tendência para ter dificuldade em empatizar com o outro, para uma hipersensibilidade à crítica, com foco em atribuições externas, comportamentos de oposição e/ou atividades ilícitas.

Perfil “**-Autoestima + Autocrítica**”: A capacidade de identificar, aceitar e aprender com insatisfações e erros pessoais não é de qualidade, dado ser compensatória da dificuldade em se estimar. Considera-se que este funcionamento é marcado por um *Estilo Depressivo* caracterizado pela desvalorização pessoal, falta de confiança, intolerância aos erros do próprio e idealização dos outros. Vários erros cognitivos (e.g. atenção seletiva e catastrofização) aparecem ligados a sentimentos de culpa, inferioridade e incompetência.

Anexo C

*Estatísticas Descritivas dos Resultados das Escalas e Total do BSI, EDRE,
ERSN e EPDN*

Quadro 1: Estatísticas Descritivas dos Resultados das Escalas e Total do [BSI] (N=106)

Escalas	Nº de itens	Min.	Max.	M	DP	Med.	Simet.	Achat.
Somatização	7	0	23	3.56	4.93	2.00	2.16	4.67
Obsessões compulsões	6	0	24	7.58	5.47	6.50	.63	-.42
Sensibilidade Interpessoal	4	0	13	3.58	3.41	2.50	.87	-.21
Depressão	6	0	22	4.58	4.85	3.00	1.33	1.45
Ansiedade	6	0	22	5.88	5.12	4.00	1.23	1.06
Hostilidade	5	0	17	3.85	3.55	3.00	1.23	1.56
Ansiedade Fóbica	5	0	20	2.58	3.90	1.00	2.49	6.55
Ideação Paranoide	5	0	15	4.88	4.00	4.00	.63	-.48
Psicoticíssimo	5	0	16	2.68	3.29	2.00	1.88	4.02
total	53	0	156	41.99	35,21	34.00	1.22	1.33

Min=mínimo; Max.= máximo; M=média; DP= desvio padrão; Med= mediana; Simet.= simetria; Achat.=achatamento

Quadro 2: Estatísticas Descritivas dos Resultados das Escalas e Total do [EDRE] (N=106)

Escalas	Nº de itens	Min	Max	M	DP	Med.	Simet.	Achat.
Aceitação	6	6	27	11.92	5.54	10.00	1.05	.33
Clareza	5	5	20	9.81	3.55	9.00	.66	-.04
Consciência	6	8	30	16.87	4.91	16.00	.40	-.53
Estratégias	8	8	35	16.22	6.30	15.00	.96	.59
Impulsos	6	6	30	11.15	4.82	10.00	1,53	2.84
Objetivos	5	5	25	12.61	5.21	12.00	27.14	-.76
Total	36	39	148	78.58	23.42	74.50	.79	.20

Min=mínimo; Max.= máximo; M=média; DP= desvio padrão; Med= mediana; Simet.= simetria; Achat.=achatamento

Quadro 3: Estatísticas Descritivas dos Resultados das Escalas e Total do [ERSN-43]
(N=106)

Escalas	Nº de itens	Min	Max	M	DP	Med	Simet	Achat
Prazer	3	3.00	24	17.37	5.59	18.00	-.70	-.21
Dor	4	14	32	25.61	3.85	26.00	-.40	-.21
Proximidade	3	3	24	18.00	4.43	18.00	-.62	.22
Diferenciação	3	5	24	14.85	4.68	15.00	.034	-.67
Produtividade	3	3	24	17.92	4.89	19.00	-.98	.61
Lazer	3	5	24	19.20	4.56	20.00	-.99	.40
Controlo	3	3	24	18.59	4.48	19.00	-1.13	.24
Cooperação	3	6	24	19.24	4.00	21.00	-1.05	.62
Exploração	3	3	24	16.30	5.03	17.00	-.65	.05
Tranquilidade	3	3	24	17.15	5.14	18.00	-.76	-.12
Coerência do Self	3	3	24	17.37	4.85	19.00	-1.05	.87
Incoerência do Self	3	3	24	15.80	4.52	16.00	-.42	.07
Autoestima	3	3	24	17.71	5.28	19.00	-1.04	.37
Autocrítica	3	7	24	19.79	3.72	21.00	-1.27	1.37
Total	43	101	344	254.90	52.35	265.5	-.78	.30

Min=mínimo; Max.= máximo; M=média; DP= desvio padrão; Med= mediana; Simet.= simetria; Achat.=achatamento

Quadro 4: Estatísticas Descritivas dos Resultados das Escalas e Total do [EPDN] (N= 106)

Escalas	Nº ítems	Min	Max	M	DP	Med.	Simet.	Achat.
+ Prazer- Dor	3	3	21	10.66	2.10	10.00	.32	6.8
- Prazer + Dor	4	3	32	10.77	6.58	9.00	.78	-.26
+ Proximidade- Diferenciação	5	4	34	16.99	6.79	16.00	.20	-.43
- Proximidade +Diferenciação	5	5	33	12.58	7.34	11.00	.92	-.10
+ Produtividade –Lazer	5	5	40	22.89	7.17	22.50	.15	.21
- Produtividade +Lazer	4	4	74	10.19	7.95	8.00	5.08	39.17
+ Controlo –Cooperação	5	5	36	18.93	6.34	19.00	.05	-.03
- Controlo + Cooperação	4	3	29	12.75	6.18	12.00	.31	-.71
+ Exploração –Tranquilidade	4	4	28	15.58	5.01	15.00	.33	-.40
- Exploração +Tranquilidade	5	5	40	19.63	6.98	19.50	-.02	-.30
+ Coerência – Incoerência	6	13	40	27.25	5.83	27.00	.11	-.41
- Coerência + Incoerência	6	5	47	17.70	10.04	15.00	.58	-.59
+ Autoestima +Autocrítica	6	5	33	12.58	7.34	11.00	.92	-.10
- Autoestima –Autocrítica	6	4	40	13.42	7.92	12	.24	.47
Total	67	98	363	225.61	61.21	216.50	.24	.47

Min=mínimo; Max.= máximo; M=média; DP= desvio padrão; Med= mediana; Simet.= simetria; Achat.=achatamento

Anexo D

Correlações espúrias da EDRE, ERSN e EPDN com as respectivas escalas globais

Quadro 5. Correlações espúrias da EDRE, ERSN e EPDN com as respectivas escalas globais corrigidas através da formula de McNemar

Escalas	Correlação antes de corrigida	Correlação corrigida
EDRE		
Aceitação	0,790	0,67
Clareza	0,766	0,75
Consciência	0,541	0,37
Estratégias	0,908	0,84
Impulsos	0,778	0,67
Objetivos	0,803	0,70
ERSN		
	Correlação antes de corrigida	Correlação corrigida
Prazer	0,901	0,88
Dor	0,756	0,72
Diferenciação	0,418	0,34
Proximidade	0,715	0,67
Produtividade	0,801	0,76
Lazer	0,837	0,81
Controlo	0,801	0,77
Cooperação	0,853	0,83
Exploração	0,839	0,81
Tranquilidade	0,856	0,83
Coerência do Self	0,925	0,91
Incoerência do Self	0,831	0,80
Autoestima	0,895	0,87
Autocrítica	0,797	0,77
Subescalas EPDN		
	Correlação antes de corrigida	Correlação corrigida
+ Prazer – Dor	0,347	0,30
- Prazer + Dor	0,825	0,79
+ Proximidade – Diferenciação	0,774	0,72
- Proximidade + Diferenciação	0,811	0,76
+ Produtividade – Lazer	0,690	0,62
- Produtividade + Lazer	0,591	0,50
+ Controlo – Cooperação	0,738	0,69
- Controlo + Cooperação	0,828	0,79
+ Exploração – Tranquilidade	0,216	0,14
- Exploração + Tranquilidade	0,672	0,60
+ Coerência do Self - Incoerência do Self	0,066	-0,03
- Coerência do Self + Incoerência do Self	0,846	0,79
+ Autoestima – Autocrítica	0,440	0,35
-Autoestima + Autocrítica	0,820	0,77

Anexo E

Carta de solicitação de colaboração em Instituições

Solicitação de Colaboração em Investigação

Temática: Necessidades Psicológicas e Regulação Emocional na Perturbação Obsessivo-compulsiva

O meu nome é Isabel Costa, sou aluna finalista do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

No âmbito da realização da minha dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Doutora Maria João Afonso, tenho por objetivo identificar, numa população diagnosticada com Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) um perfil característico de necessidades psicológicas e de regulação emocional. Tem-se a expectativa de, com este estudo, contribuir para melhorar a eficácia da intervenção psicoterapêutica junto desta população.

Para a viabilização desta investigação, torna-se necessária uma amostra clínica de população com POC disponível para o preenchimento de questionários. Poderão participar pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, 9ºano de escolaridade ou equivalente e português como língua materna.

Neste momento, uma das dificuldades com que me deparo é a recolha de amostra clínica, de modo que venho por este meio solicitar a vossa colaboração.

A colaboração que solicito é no sentido de ter acesso a pacientes com POC que possam estar interessados em participar neste estudo, através do preenchimento de um protocolo de questionários com duração estimada de 30 minutos. Este protocolo será aplicado uma única vez a cada paciente (no final ou início de uma consulta).

A confidencialidade dos dados recolhidos será assegurada. Não será pedido nenhum registo da identidade aos participantes e os resultados destinam-se a ser tratados unicamente em conjunto e utilizados apenas para fins de investigação.

Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento ou para fornecer informações adicionais.

Muito Obrigado.

Isabel Costa

E-mail: isamorgadocardoso@hotmail.com

Anexo F

Consentimento informado

Consentimento Informado

Investigação: Necessidades Psicológicas e Regulação Emocional na Perturbação Obsessivo-compulsiva

Identificação: O meu nome é Isabel Costa, sou aluna finalista do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Encontro-me, neste momento, a realizar a minha dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Doutora Maria João Afonso.

Objectivo geral: com esta investigação, pretende-se identificar, numa população diagnosticada com Perturbação Obsessivo-Compulsiva, as necessidades psicológicas, suas discrepâncias e processos de regulação destas necessidades, bem como eventuais dificuldades na regulação das emoções. Tem-se a expectativa de, com este estudo, contribuir para melhorar a eficácia da intervenção psicoterapêutica junto desta população.

Papel dos participantes: a sua colaboração nesta investigação consiste no preenchimento de um conjunto de questionários que terá a duração estimada de aproximadamente 30 minutos. As suas respostas serão de grande importância, por permitirem que este problema seja melhor compreendido e assim poder-se vir a ajudar mais adequadamente as pessoas que o manifestem. É fundamental que responda com sinceridade a todas as questões. Não há respostas consideradas certas ou erradas. Ao preencher e entregar os questionários consente que os dados submetidos sejam usados na presente investigação. A sua participação é voluntária, poderá a qualquer momento e por qualquer motivo interrompê-la sem qualquer tipo de consequências para si.

Papel dos investigadores: a investigadora compromete-se a garantir a total confidencialidade dos seus dados, uma vez que as suas respostas serão dadas sob anonimato, sendo que não será pedido nenhum registo da identidade dos participantes e os resultados destinam-se a ser tratados unicamente em conjunto. Os dados fornecidos pelos participantes serão utilizados apenas para fins de investigação. Caso tenha alguma dúvida ou pretenda informações adicionais sobre esta investigação, bem como sobre os resultados após a sua conclusão, poderá contactar-me para o seguinte endereço de email: isamorgadocardoso@hotmail.com.

Eu, _____, declaro ter tomado conhecimento dos objetivos e procedimentos desta investigação, assim como do meu papel enquanto participante.

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura: _____

Muito obrigado pela sua colaboração!